

Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas

Universidade Técnica de Lisboa



---

## **Apoio Domiciliário e Qualidade: Um Estudo de Caso**

---

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Política Social, sob a orientação do Professor Catedrático, Doutor Hermano de Almeida Carmo

Sílvia Pimentinha Ferreira Engenheiro

2008

Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas

Universidade Técnica de Lisboa



---

## **Apoio Domiciliário e Qualidade: Um estudo de caso**

---

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Política Social, sob a orientação do Professor Catedrático, Doutor Hermano de Almeida Carmo

Sílvia Pimentinha Ferreira Engenheiro

2008

### **Agradecimentos**

A realização da presente dissertação de mestrado não seria possível sem a receptividade e acessibilidade do Sr. Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Peniche. Daí, os meus agradecimentos que, em primeiro lugar, aqui lhe deixo expressos.

Ao Professor Doutor Hermano Carmo, um muito obrigado pela sua disponibilidade em orientar esta dissertação e principalmente pela sua imensa sabedoria, paciência e apoio, que foram inigualáveis e fundamentais ao longo desta caminhada.

Um especial agradecimento às Mestres Stella António e Maria da Luz Ramos por toda a disponibilidade e ajuda.

À minha família, pelo seu incondicional apoio, e à minha amiga de caminhada, Rubina, pelo seu companheirismo, um grande obrigado.

Não devo deixar de salientar que este estudo também contou com ajuda de muitas pessoas que, directamente ou indirectamente, contribuíram de alguma forma para o consequente enriquecimento académico e pessoal, nomeadamente todos os intervenientes do serviço de apoio domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Peniche.

## Índice Geral

Agradecimentos	2
Índice de Tabelas	6
Índice de Figuras	7
<b>Introdução</b>	<b>8</b>
<b>Parte I – Aproximação ao objecto de estudo</b>	<b>14</b>
<b>Capítulo I – Envelhecimento</b>	<b>15</b>
1. Envelhecimento: demográfico e biológico	16
2. Teorias do envelhecimento: biológicas e psicossociais	20
3. Políticas Sociais e Envelhecimento	22
3.1. Políticas sociais na Europa	22
3.2. Políticas sociais em Portugal	23
Síntese do Capítulo	31
<b>Capítulo II – Qualidade e Envelhecimento.</b>	<b>32</b>
1. Direitos dos idosos	33
2. Qualidade de vida	33
3. Dependência	35
4. Necessidades.	37
5. EASYcare	39
Síntese do Capítulo	41
<b>Capítulo III – O Serviço de Apoio Domiciliário como Resposta Social</b>	<b>42</b>
1. O serviço de apoio domiciliário no contexto dos serviços de proximidade	43
2. Serviço de apoio domiciliário: aspectos gerais	47
3. O serviço de apoio no domicílio no quadro dos direitos sociais	48
3.1. Ordem internacional	48
3.2. Legislação nacional	49
4. Conceptualização do cuidar	51
Síntese do Capítulo	54

---

<b>Parte II – O projecto e os resultados</b>	55
<b>Capítulo IV – Opções metodológicas</b>	56
1. Metodologia	57
2. Formulação do problema de pesquisa	57
2.1. Delimitação dos objectivos	57
2.2. Justificação do estudo	57
2.3. Questões de investigação	58
3. Metodologia adoptada	58
3.1. Tipo de estudo	58
3.2. Universo de estudo	58
3.3. Amostra	58
3.4. Métodos de observação indirecta	59
3.5. Métodos de observação directa	60
3.5.1. Inquérito por entrevista	60
3.5.2. Entrevista semi-estruturada	62
4. Tratamento e análise dos dados	63
5. Questões éticas	63
6. Limitações do estudo	64
Síntese do capítulo	65
<b>Capítulo V – Contexto: Concelho de Peniche</b>	66
1. Dimensão geográfica	67
2. Dimensão económica	68
3. Dimensão sócio-demográfica	69
4. Dimensão ideológica	78
5. Necessidades e recursos dos idosos no concelho de Peniche	80
Síntese do Capítulo	84
<b>Capítulo VI – Enquadramento Institucional</b>	85
1. Enquadramento físico	86
2. Breve síntese histórica	86
3. Organização formal/estatutos	87
4. Valências	89
5. O serviço de apoio domiciliário	90
5.1. Objectivos	90
5.2. Serviços prestados	91
5.3. Condições de admissão	92
5.4. Tabela de participações	93

---

---

5.5. Direitos e deveres dos clientes	94
5.6. Recursos humanos	95
Síntese do Capítulo	96
<b>Capítulo VII - O sistema cliente</b>	97
1. Análise dos dados recolhidos	98
1.1. Ficha de recolha de dados: apresentação e análise dos dados recolhidos	98
1.2. Inquérito por entrevista aos clientes do serviço de apoio domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Peniche: apresentação e análise dos dados recolhidos	101
1.2.1. EASYcare	101
1.2.2. Inquérito por entrevista	102
Síntese do Capítulo	105
<b>Capítulo VIII – O sistema interventor</b>	106
1. Análise dos dados recolhidos	107
1.1. Inquérito por entrevista às ajudantes familiares do serviço de apoio domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Peniche: apresentação e análise dos dados recolhidos	107
1.2. Entrevista semi-estruturada ao responsável pelo serviço de apoio domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Peniche	110
Síntese do Capítulo	115
<b>Conclusão</b>	116
<b>Bibliografia</b>	123
<b>Anexos</b>	130
Anexo I - Ficha de Recolha de Dados - caracterização individual e familiar dos clientes do S.A.D da Santa Casa da Misericórdia de Peniche;	
Anexo II - Inquérito por entrevista aos clientes do S.A.D da Santa Casa da Misericórdia de Peniche;	
Anexo III - Inquérito por entrevista às ajudantes familiares do S.A.D da Santa Casa da Misericórdia de Peniche	
Anexo IV - Guião de entrevista semi-estruturada ao responsável pelo S.A.D da Santa Casa da Misericórdia de Peniche;	
Anexo V – Autorização de uso do EASYcare;	

---

**Índice de Tabelas**

Tabela nº1: Critérios de selecção	59
Tabela nº2: Evolução da estrutura de género da população residente no concelho de Peniche (1981 -2001)	69
Tabela nº3: Evolução da estrutura da população residente no concelho de Peniche segundo a freguesia de residência (1991-2001)	70
Tabela nº4: População residente no concelho de Peniche segundo a estrutura etária e de género, em 2001	70
Tabela nº5: Evolução da estrutura etária da população residente no concelho de Peniche (1991 - 2001)	71
Tabela nº6: Distribuição da população residente no concelho de Peniche segundo a freguesia de residência, o grupo etário e o género, em 2001	72
Tabela nº7: Densidade populacional por território, em 2001	73
Tabela nº8: Densidade populacional por freguesias do concelho de Peniche, em 2001	73
Tabela nº9: Evolução de indicadores sociais no concelho de Peniche (1996-2001)	74
Tabela nº10: Distribuição do índice de envelhecimento e da densidade da população idosa por território, em 2001	76
Tabela nº11: Distribuição da população idosa e do índice de envelhecimento, por freguesias do concelho de Peniche, 2001	78

**Índice de Figuras**

Figura 1: Diagrama das diferentes respostas da rede de apoio	.	.	30
Figura 2: O Ciclo de vida negativo: um ciclo vicioso de doença no idoso	.	.	37
Figura 3: Pirâmide das necessidades humanas de Maslow	.	.	38
Figura 4: Natureza das necessidades dos idosos	.	.	39
Figura 5: Enquadramento normativo do S.A.D em Portugal	.	.	50
Figura 6: População residente por território segundo a estrutura etária, em 2001	.		72
Figura 7: Evolução do índice de envelhecimento no concelho de Peniche (1991-2001)			77
Figura 8: Evolução do índice de envelhecimento por território (1991-2001)	.		77
Figura 9: Evolução das eleições autárquicas na Câmara de Peniche	.	.	78
Figura 10: Vertentes actualmente preconizadas no concelho de Peniche	.	.	82
Figura 11: Organograma da Santa Casa da Misericórdia de Peniche	.	.	88



---

## Introdução

---

## Introdução

As novas descobertas e avanços sobre o código genético, os fármacos e o processo de envelhecimento positivamente condicionado possibilitarão o prolongamento da vida com saúde e qualidade. Este aumento da esperança média de vida tem grandes reflexos na estrutura etária das sociedades contemporâneas.

Contudo, o envelhecimento deverá ser encarado como uma problemática mundial, pois é e será uma das principais características demográficas quer do mundo desenvolvido quer das regiões em desenvolvimento. Estas tendências terão importantes consequências na composição da população activa e nas relações de dependência económica das pessoas idosas. Porém, em muitos países em desenvolvimento, a população manter-se-á relativamente jovem e o número de activos aumentará, o que criará tensões nos mercados de trabalho. (GNESOTTO e GREVI, 2008, p. 20-21)

Em Portugal, verificamos que a estrutura etária foi, em 2001, de 102 indivíduos idosos (com mais de 64 anos) por 100 jovens (menos de 15 anos) e um estudo de Maria J. Carrilho e Cristina Gonçalves (2004), mencionado no INE, sugere que este indicador irá aumentar para, aproximadamente, em 2050, 243 pessoas idosas por cada 100 jovens. Assim, devemos analisar o envelhecimento humano como elemento relevante na organização social e política das sociedades contemporâneas.

Fontaine (1999) refere-se ao envelhecimento como um problema que afecta todos os níveis da sociedade:

- no plano económico, tal manifesta-se, e manifestar-se-á, por um aumento permanente do número de reformados;
- no plano social, qualquer infra-estrutura dos sistemas de protecção deve, e deverá, adaptar-se;
- nos planos médico, biológico e psicológico, as investigações são, e continuarão a ser, sobre o estudo do envelhecimento, quer por razões teóricas quer práticas, com o objectivo de melhor entender os seus mecanismos;
- no plano cultural, surgem, e surgirão, profundas modificações, a par do aumento do tempo de lazer;
- num plano mais lato, o principal desafio consiste em que as pessoas não só morram o mais idosas possível, mas também que vivam uma velhice bem sucedida;

Maria João Valente Rosa chama à atenção para o facto dizendo que “em lugar de se pensarem soluções orientadas para manipular a evolução da população ou para se travar o envelhecimento demográfico, é tempo de se aceitar o curso dos factos” (ROSA, 2000, p. 610). Este curso dos factos faz com que haja: um número crescente de pessoas mais velhas vulneráveis; um número significativo de pessoas mais jovens em situação de dependência por diversas causas; um número restrito de familiares capazes de assegurar os cuidados necessários; e uma pressão crescente para a

desinstitucionalização da pessoa. Todos estes factos levam à necessidade crescente de uma resposta social.

O processo de envelhecimento demográfico tem de ser aceite e não deve ser necessariamente encarado como penoso para a sociedade, pois este não pode estar desligado do contexto social. A sociedade tem que se organizar de forma a permitir dar respostas adequadas às necessidades dos vários grupos etários da população. (ROSA, 1996)

Um dos efeitos do envelhecimento progressivo da população é o de ocorrerem, com maior frequência, situações de vulnerabilidade física e psíquica, as quais possibilitam o aparecimento de situações patológicas crónicas, que originam, na maioria dos casos, dependência dentro de limites nem sempre controláveis pelo próprio e/ou pelo seu agregado familiar (de ressaltar que a situação de dependência pode ocorrer em qualquer outro grupo etário). Uma vez que o agregado familiar já sofreu ao nível da sua composição e função grandes alterações, o que provocou uma insuficiência de respostas adequadas ao controlo das situações de dependência, isso faz com que se verifique um grande número de pessoas nessa situação de dependência.

Uma das possíveis respostas sociais encontra-se nos serviços de proximidade. Estes serviços têm tido um grande crescimento nos países desenvolvidos, decorrentes das exigências de qualidade de vida, o que leva ao aparecimento de novas necessidades, cuja satisfação contribui para o crescente bem-estar das pessoas. Em Portugal, alguns serviços de proximidade, designadamente os serviços de apoio social, são prestados por instituições públicas ou por instituições de solidariedade (Centros Regionais de Segurança Social, Instituições Particulares de Solidariedade Social, Misericórdias, Cooperativas, Centros Sociais e Paroquiais, etc, bem como por entidades particulares, com ou sem fins lucrativos).

O serviço de apoio domiciliário (S.A.D) constitui uma das possíveis respostas sociais, cujo fins visam proporcionar o bem-estar e o desenvolvimento individual dos clientes, num clima de segurança afectiva, física e psíquica, durante o tempo de utilização da resposta social, através de um atendimento individualizado e personalizado, da colaboração estreita com a(s) pessoa(s) próxima(s), quando tal existe e seja desejável pelo cliente, numa partilha de responsabilidades em todo o processo de acompanhamento.

Este tipo de resposta, considerado por muitas pessoas em situação de dependência como uma forma de continuarem inseridas no seu meio habitual de vida, rodeadas dos seus afectos e pertences, com possibilidade de novos relacionamentos facultados pelos colaboradores, incluindo voluntários que se deslocam ao domicílio, pode constituir para muitas dessas pessoas o único elo de ligação com o exterior, o que requer que a qualidade da intervenção deva ser uma exigência a ter em conta permanentemente na gestão desta resposta social.

O apoio domiciliário faz parte de um processo de ajuda em que a intervenção é cada vez mais multidisciplinar, procurando proporcionar uma intervenção mais eclética e eficaz perante as necessidades sentidas por cada um. Esta intervenção implica a interligação, uma vez que diferentes profissionais, como os ajudantes familiares e enfermeiros têm um papel muito importante na acção sobre o outro.

O apoio domiciliário é um instrumento de prestação de cuidados, é a uma actividade de assistência social e de saúde exercida junto do indivíduo, da família e da comunidade. O seu objectivo é contribuir e assegurar a continuidade da assistência e o desenvolvimento de actividades preventivas que permitam manter o nível de saúde e a qualidade de vida dos beneficiários. A importância deste serviço está implícita nos resultados apresentados no estudo sobre redes sociais, de Anália Torres, divulgado pela revista Notícias Magazine, 2002, que refere que apenas 3% dos idosos vivem em lares, mais de 50% vivem em casa de familiares e 45% na sua própria residência, o que significa que 95% residem em casa.

Porém, os serviços que os clientes do serviço de apoio domiciliário solicitam têm vindo a sofrer alterações na medida em que as situações de dependência, pela sua complexidade, afectam, na maioria dos casos, várias dimensões da pessoa. Este facto exige em muitos casos o estabelecimento de parcerias que capacitem esta resposta social para a concretização da sua missão. Esta realidade é analisada na edição “Idosos dependentes: o caso das Misericórdias” do Observatório de Idosos e Grandes Dependentes da União das Misericórdias de 2000.

Esta resposta social prestada por organizações também se encontra num cenário de crescente competitividade global. As constantes mudanças provocadas nos panoramas económico-sociais originam diversificação e aumento de exigências, o que, por sua vez, faz com que as organizações tendam actualmente a procurar a implementação de sistemas de gestão da qualidade, tendo como objectivo principal a melhoria permanente da qualidade do serviço prestado e da sua própria sustentabilidade.

Actualmente a gestão da qualidade é um elemento-chave de qualquer organização, quer no sector privado quer no sector público. Tal é evidenciado pelo Manual de Processo de Gestão e Qualidade das Respostas Sociais do Serviço de Apoio Domiciliário, do Instituto da Segurança Social, que apresenta um Modelo de Avaliação da Qualidade que “é um referencial normativo que se baseia nos princípios de gestão da qualidade e onde são estabelecidos os requisitos necessários à implementação do Sistema de Gestão da Qualidade dos serviços prestados pelas respostas sociais”. (VVAA, 2005, p. 5)

É perante este cenário que o objectivo desta investigação vem no sentido de melhor compreender a dinâmica do serviço de apoio domiciliário/cliente e o papel do mesmo no aumento da qualidade de

vida dos seus clientes. Para tal, definimos os seguintes objectivos de investigação:

- Caracterizar o grupo de clientes do serviço de apoio domiciliário (S.A.D) da Santa Casa da Misericórdia de Peniche (SCMP);
- Conhecer a opinião dos clientes do S.A.D sobre o mesmo;
- Identificar as necessidades dos clientes;
- Identificar as necessidades sentidas pelas ajudantes familiares e pelo responsável do S.A.D;
- Conhecer o contributo do S.A.D na qualidade de vida dos seus clientes.

Para atingir o objectivo principal da investigação - caracterização dos clientes do S.A.D da Santa Casa da Misericórdia de Peniche e saber qual o contributo do serviço no aumento da qualidade de vida dos mesmos - definimos que a metodologia seria uma análise da percepção e das práticas observáveis dos clientes, das ajudantes familiares e do responsável pelo S.A.D.

Entendemos que estes são os principais intervenientes na resposta social - apoio domiciliário. Assim, a análise deveria incidir não só sobre o sistema cliente, mas também sobre o sistema interventor. Neste sistema, as ajudantes familiares, ao prestarem cuidados no apoio social com a satisfação das necessidades (alimentação, higiene, mobilidade), são um elo imprescindível na relação de ajuda que se estabelece entre cliente e serviço de proximidade. Esta intervenção é gerida, daí a relevância que tem no estudo a análise e a percepção do responsável do S.A.D.

Deve ser salientado que este estudo vai ao encontro do interesse da instituição que pretende saber a quem presta o serviço de proximidade e de que forma este é compreendido e é determinante na vida pessoal e social dos clientes.

Relativamente aos procedimentos metodológicos, este é um estudo que pretende aprofundar esta problemática. É um estudo de caso, que permite uma investigação mais aprofundada do fenómeno no seu contexto, sem, contudo, procurar extrapolar os resultados para outras populações, que não a estudada.

O trabalho de campo realizou-se na cidade de Peniche, na resposta social do serviço de apoio domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Peniche. O objecto de estudo são os clientes desse mesmo serviço que reunissem determinados critérios pré-definidos. As técnicas de investigação consistiram na aplicação de métodos de observação indirecta (pesquisa bibliográfica e ficha de recolha de dados) e directa (inquérito por entrevista às ajudantes familiares, aos clientes do S.A.D e entrevista semi-estruturada ao responsável pelo serviço de apoio domiciliário).

Este trabalho está estruturado da seguinte forma: Parte I - é realizada aproximação ao objecto de estudo, com o enquadramento teórico da investigação; Parte II - é exposto o projecto e os resultados, iniciando-se com a apresentação das opções metodológicas e do conselho. É realizado igualmente o

enquadramento institucional e, por fim, são apresentados e analisados os dados obtidos. Por último, a conclusão do estudo, com as suas limitações e sugestões.

A investigação procura ir ao encontro dos objectivos do estudo e, tal como todas as investigações, também esta ambiciona produzir algo de útil e facultar elementos que permitam uma melhor adaptação dos métodos de intervenção, de forma a conseguir uma maior eficácia e qualidade.

---

## Parte I – Aproximação ao objecto de estudo

---

---

## Capítulo I – Envelhecimento

---



## Capítulo I – Envelhecimento

### 1. Envelhecimento

O envelhecimento pode ser analisado sob duas grandes perspectivas:

- O envelhecimento biológico é geralmente definido pela comunidade médica como a alteração progressiva das capacidades de adaptação do corpo, constatando-se, naturalmente, um aumento gradual das probabilidades de morrer devido a determinadas doenças que podem precipitar o fim da vida. Trata-se de um fenómeno natural que faz parte do ciclo de vida, comum a qualquer ser vivo em que primeiro há o crescimento e depois o declínio. (CORREIA, 2003)

- O envelhecimento demográfico caracteriza-se pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total. Este aumento deve-se à diminuição da população jovem, e/ou decréscimo da população em idade activa. O fenómeno do envelhecimento resulta da transição demográfica, normalmente caracterizada pela passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevadas para um modelo em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos, originando o estreitamento da base da pirâmide de idades, com redução de efectivos populacionais jovens, e o alargamento do topo, com acréscimo de efectivos populacionais idosos.

#### Envelhecimento Demográfico

As novas descobertas e os avanços nos campos da genética e da farmacologia interferiram no processo de envelhecimento, possibilitando o prolongamento da vida com saúde e qualidade. Este aumento da esperança média de vida tem maiores reflexos na estrutura etária das sociedades contemporâneas.

O envelhecimento demográfico não evolui de forma uniforme em todas as regiões do mundo. Ao considerarmos a população por regiões segundo o seu grau de desenvolvimento, verificamos que as regiões mais desenvolvidas iniciaram primeiro o fenómeno da transição demográfica, já que a população jovem desde 1970 tem taxas negativas, enquanto o conjunto dos países menos desenvolvidos apresenta taxas de crescimento positivas.

Segundo Fernandes “nos países industrializados, a demografia caracteriza-se, no essencial, por uma tendência para um crescimento zero, com um envelhecimento acentuado e inelutável da estrutura etária, especialmente ao longo dos últimos anos.” (FERNANDES, 1997, p. 59)

No final do ano 2000, a proporção de jovens na União Europeia era ligeiramente superior à dos idosos, nomeadamente 16,7% e 16,4% respectivamente. A Irlanda era o país que se destacava com uma maior proporção de jovens (21,5%) e uma menor proporção de idosos (11,2%). No extremo oposto, a Itália verificou um declínio da população jovem, atingindo os 14,4% do total da população e um aumento da população idosa situado nos 18,2%. Em países como Luxemburgo, Reino Unido,

França, Holanda, Dinamarca, Suécia e Finlândia, a população jovem situava-se entre os 18% e os 19%. No que se refere à população idosa, para além da Itália, também a Suécia, a Grécia, a Bélgica, a Espanha e a Alemanha apresentavam valores superiores aos da média da União Europeia. (CÓNIM, 1999)

Ao nível da Europa, as projecções da Comissão Europeia são para a progressão do envelhecimento, perspectivando, por um lado, a paragem do secular crescimento da população em idade de trabalho; por outro lado, importantes consequências resultantes da aposentação das crianças do “baby-boom”, processo para o qual falta menos de uma década; e, por último, a par do prolongamento da esperança de vida, a expansão do número de indivíduos com idade muito avançada, ou seja, com mais de 80 anos, sendo prognosticado um aumento deste grupo em mais de 50% nos próximos 15 anos. (in [www.europa.eu.int](http://www.europa.eu.int), consultado a 04-03-2008)

Em Portugal, verificamos que a estrutura etária foi, em 2001, de 102 indivíduos idosos (com mais de 64 anos) por 100 jovens (menos de 15 anos), e um estudo de Maria J. Carrilho e Cristina Gonçalves (2004), mencionado no Instituto Nacional de Estatística (INE), sugere que este indicador irá aumentar, aproximadamente, em 2050, 243 pessoas idosas por cada 100 jovens.

Quando comparado com a média dos países da União Europeia, Portugal regista um envelhecimento pela base mais acentuado, revelando níveis de fecundidade inferiores aos do conjunto da União Europeia. O topo da pirâmide reflecte, pelo contrário, um envelhecimento mais acentuado do conjunto da população europeia comparativamente a Portugal.

Este fenómeno foi sublinhado na Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (UN, 2002), pois estas alterações demográficas têm grandes implicações, nomeadamente na qualidade de vida, envelhecimento saudável e integração social da população idosa. “Para reforçar a problemática desta questão as Nações Unidas apontam as seguintes tendências do envelhecimento da população:

- a grande maioria da população com 60 e mais anos viverá em países desenvolvidos;
- o maior acréscimo da população com 60 e mais anos ocorrerá nos países menos desenvolvidos;
- continuar-se-á a constituir uma feminização da população envelhecida;
- verificar-se-á um aumento do número de pessoas com 80, 90, e 100 anos, relativamente ao total da população idosa, bem como uma redução do número de activos”. (ANTÓNIO, 2001, p. 142)

Kofi Annan, Secretário-geral das Nações Unidas, durante a Assembleia, frisou que estamos perante uma revolução silenciosa.

Gnesotto e Grevi recentemente chamaram a atenção para esta problemática a nível mundial, apontando até 2025 as tendências gerais:

“ - A população do planeta deverá passar de 6,4 mil milhões de indivíduos em 2007 para 7,9

mil milhões em 2025 (+23,4%). (...)

- A população do conjunto dos países desenvolvidos conhecerá apenas um crescimento marginal (40 milhões de pessoas), (...). Em 2025, a União com 27 países só representará, aproximadamente, 6% dos habitantes do globo, e a população do conjunto dos países desenvolvidos não ultrapassará os 15%.

- O envelhecimento será a principal característica demográfica do mundo desenvolvido, mas também da China. (...) tendência que terá importantes repercussões na composição da população activa; a relação de dependência económica das pessoas idosas registará um crescimento exponencial. Em contrapartida, em muitos países em desenvolvimento, a população manter-se-á relativamente jovem e o número de activos aumentará, criando tensões nos mercados de trabalho.

- Ainda que os efectivos de migrantes diminuam ligeiramente, irá aumentar a proporção de migrantes internacionais com destino aos países desenvolvidos.

- Apesar da progressão das técnicas médicas, as populações serão submetidas a novas pressões em matéria de saúde, tanto nos países desenvolvidos, devido à poluição e ao envelhecimento da população, como no mundo em desenvolvimento, igualmente devido à poluição, mas também a uma urbanização rápida e muitas vezes anárquica. (...)” (GNESOTTO e GREVI, 2008, p. 20-21)

### **Envelhecimento Biológico**

O que é envelhecer?

Segundo Birren e Cunningham (1985), existe o envelhecimento primário e o envelhecimento secundário. Designa-se por envelhecimento primário o processo normal de envelhecimento que não implica a ocorrência de doença.

As principais alterações do envelhecimento primário, a nível biológico, segundo Berger (1995), são:

“Sistema nervoso – diminuição do fluxo sanguíneo cerebral, perda progressiva das células cerebrais, necessidade de mais tempo para tomar decisões, perda gradual da memória (principalmente para com factos recentes);

Sistema cardiovascular – diminuição da força contráctil do coração, redução do débito cardíaco, depósito de gordura na parede vascular e cardíaca, alterações químicas e anatómicas da parede vascular, diminuição da vascularização;

Sistema respiratório – perda da elasticidade do tecido pulmonar, menor difusão do oxigénio;

Sistema sensorial – diminuição da acuidade visual e auditiva, fala mais lenta, diminuição da sensação tátil e gustativa;

Pele, tecido subcutâneo e tegumentos – aparecimento de rugas e alterações da pigmentação, diminuição da sudorese, pele mais fina, desidratada e com menor elasticidade, branqueamento e perda de cabelo, espessamento das unhas;

Sistema músculo-esquelético – ossos porosos e mais leves, alterações posturais, achatamento das vértebras - causa redução de altura - menor mobilidade de várias articulações, diminuição da força muscular, da resistência e da agilidade;

Sistema genito-urinário – diminuição da filtração e da função tubular, alteração na taxa hormonal, aumento da próstata no sexo masculino, menopausa no sexo feminino, atrofia dos órgãos genitais, diminuição da libido;

Sistema metabólico – diminuição da produção de hormonas, alteração na tolerância à glucose;

Sistema imunitário – lentidão da resposta imunitária, imunodeficiência relativa;

Ritmos biológicos e sono – modificação das fases do sono, maior frequência de sono ligeiro, diferente repartição das horas de sono.

Em relação aos aspectos psicossociais associados ao envelhecimento primário, há a registar as seguintes tendências:

Auto-imagem – a perda de status, do prestígio e a modificação da imagem corporal, podem levar a uma diminuição da auto-estima;

Segurança – os idosos, por vezes, vivem com o sentimento de perda, provocado pela morte de pessoas do seu relacionamento (cônjuge/ familiar/ amigos), pela perda do emprego, do convívio social, e pela redução do poder económico;

Segregação – a solidão e o isolamento social podem acelerar o processo de deteriorização física e mental;

Comunicação – pode estar prejudicada, devido à perda da acuidade auditiva, alteração da memória, perda de velocidade na resposta e no raciocínio, fala lenta;

Vida sexual – o idoso pode considerar-se, ele próprio, incapaz de ter ou despertar desejo sexual;

Lazer – depende das condições económicas, de interesses cultivados ao longo da vida e da preparação que se fez da reforma.” (BRITO, 2003, p. 22-24)

Estas e outras consequências do processo de envelhecimento não são incapacitantes de as pessoas idosas terem e manterem actividades sociais e satisfação na vida.

Quanto ao envelhecimento secundário, Birren e Cunningham (1985) definem-no como o aparecimento de lesões associadas ao processo de envelhecimento primário. Ou seja, lesões patológicas que implicam o aparecimento de doenças, que, ao surgirem neste período de vida, ou em alguns casos já anteriormente, provocam o aumento da incapacidade de adaptação da pessoa idosa.

Os principais problemas que são causadores de restrição da actividade na população idosa estão associados a doenças como: osteoarticulares, do aparelho circulatório, e perturbações da audição e visão, tal como doenças mentais. Não nos podemos esquecer do stress emocional que esta faixa etária sofre, stress esse causado por diversas perdas como o trabalho, o afastamento da rede social, a morte de familiares e amigos. (BERGER, 1995)

## 2. Teorias do Envelhecimento

As **teorias gerais do envelhecimento biológico** consideram o envelhecimento como um fenómeno multidimensional, resultante da acção de vários mecanismos - disfunção do sistema imunológico, programação genética, lesões celulares, modificações ao nível da molécula do ADN e controlo neuro-endócrino da actividade genética. Os biólogos definem envelhecimento como uma série de mudanças letais que diminuem as probabilidades de sobrevivência do indivíduo. Numa tentativa de explicar essas mudanças descrevem seis teorias: (BERGER, 1995)

**Teoria imunológica** - o sistema imunitário parece já não conseguir distinguir as células sãs existentes no organismo das substâncias estranhas.

**Teoria genética** - o envelhecimento seria programado biologicamente e faria parte de um contínuo, seguindo rigorosamente a embriogenese, a puberdade e a maturação;

**Teoria do erro na síntese proteica** - alterações na molécula do ADN falseiam a informação genética levando à formação de proteínas incompetentes.

**Teoria do desgaste** - as zonas do organismo humano deterioraram-se com o uso;

**Teoria dos radicais livres** - os radicais livres provocam a peroxidação dos lípidos não saturados e transformam-nos em substâncias que envelhecem as células;

**Teoria neuro-endócrina** - a regulação do envelhecimento celular e fisiológico está ligada às mudanças das funções neuro-endócrinas. (BERGER, 1995)

As **teorias do envelhecimento psicossocial** são fruto de vários estudos em gerontologia social, os quais procuram explicar a influência dos factores culturais e sociais sobre o envelhecimento, através de várias teorias:

**Teoria da actividade** – um idoso deve manter-se activo a fim de obter, na vida, a maior satisfação possível, manter a sua auto-estima e conservar a sua saúde. Uma velhice bem sucedida pressupõe a descoberta de novos papéis, ou novos meios de conservar os antigos. A pessoa idosa é tanto mais feliz quanto mais activa. A sociedade deve favorecer este processo e reconhecer o valor da idade.

**Teoria do meio social** – o comportamento no decorrer da velhice depende do estado de saúde, dos recursos financeiros e da existência de apoios sociais (cônjuge, família, amigos).

**Teoria da desinserção** – o envelhecimento acompanha-se de uma desinserção recíproca da sociedade e do indivíduo.

**Teoria do descomprometido** – pouco a pouco o indivíduo deixa de se misturar na vida da sociedade, e cada vez menos a sociedade lhe oferece vantagens de qualquer espécie.

**Teoria da continuidade** – o idoso mantém continuidade nos seus hábitos de vida, nas suas preferências, experiências e compromissos, fazendo estes parte da sua personalidade. A adaptação social à velhice, à reforma e aos acontecimentos é determinada pelo passado.

Bize e Vallier, citado por Alves (1995), referem que o ciclo vital humano apresenta três fases sucessivas: fase de crescimento, fase de maturidade e fase de senescência. A evolução depende de factores externos, como os estilos de vida, actividades, condições socioeconómicas e ambiente, e de factores internos, como a carga genética e o estado de saúde. A fase de senescência corresponde à deterioração normal das faculdades físicas e mentais inerentes ao processo de envelhecimento.

Numa perspectiva de desenvolvimento, tendo em conta o ciclo vital do Homem, desde que inicia este processo e à medida que vai progredindo na vida, o Homem envelhece todos os dias. Devemos entender o envelhecimento como um processo complexo em que intervêm factores biológicos, psicológicos, sócio-económicos e culturais, num sistema de relações entre indivíduos, sociedade e meio ambiente.

É um processo contínuo e irreversível, desde que nascemos, e difere muito de indivíduo para indivíduo. Um ciclo que começa por ser mais lento no início e mais acelerado nas últimas fases é condicionado por factores intrínsecos de ordem genética e extrínsecos, em que o meio físico e social envolvente tem primordial importância.

Para além das problemáticas anteriormente anunciadas, também encontramos as relacionadas com o isolamento (dificuldade em ter contacto social), a solidão (sentir-se só, falta de atenção e de impossibilidade de partilha de intimidade), a perda de autonomia (tanto a nível físico, económico

como a própria capacidade de decisão), os internamentos prolongados e frequentes, a necessidade de apoio social e de saúde.

### **3. Políticas Sociais e Envelhecimento**

#### **3.1. Políticas sociais na Europa**

Ao nível das políticas sociais europeias para idosos devemos realçar o facto de que as solidariedades familiares, mais especificamente a ligação família-idoso, são mais desenvolvidas no Sul da Europa do que no Norte. Uma das possíveis explicações poderá ser o facto dos laços familiares se fortalecerem nas dificuldades (o Sul é mais pobre que o Norte) e se distanciarem quando a situação é mais descomprometida. (in [www.shvoong.pt](http://www.shvoong.pt), consultado a 21- 03- 2008)

“Desde 1970 que começaram a ser implementadas na Europa as políticas sociais específicas para idosos. Apresentamos alguns exemplos de políticas sociais em países europeus:

- Alemanha: O apoio familiar tem vindo a diminuir, sendo o custo social e económico do envelhecimento suportado por seguros privados. O apoio domiciliário surgiu depois de 1988;
- Bélgica: As primeiras políticas datam de 1983 e privilegiaram as casas de repouso para os grandes dependentes. Existem também muitas associações de economia social de apoio domiciliário;
- Dinamarca: Os hospitais não acolhem idosos, e desde 1987 que não são construídos lares para idosos, sendo privilegiadas as residências. Assim, as políticas sociais são focalizadas na família e nas residências;
- Espanha: Está actualmente em curso um grande plano de apoio aos idosos, devido à ausência generalizada destas estruturas. O apoio domiciliário encontra-se em grande expansão;
- França: Os hospitais não acolhem idosos, e as políticas sociais são centralizadas nas famílias e nos lares;
- Grécia: O apoio estatal resume-se ao pagamento da pensão de velhice;
- Holanda: Os serviços sociais e de saúde estão descentralizados por associações de economia social ou privados, em que o Estado apenas fiscaliza e financia a qualidade dos serviços. Desde 1975 que não é criado nenhum lar;
- Itália: Tem sido dado um apoio especial às redes informais e aos familiares de apoio aos idosos;

- Luxemburgo: Desde 1985 que existe uma avaliação sistemática de cada idoso, o qual seguidamente é encaminhado para a solução mais adequada (apoio domiciliário, lares ou família);
- Reino Unido: Existem muitos “apartamentos geriátricos” geridos por privados e financiados pelo Estado. Os serviços de apoio domiciliário são geridos pelo poder local.” (in [www.shvoong.pt](http://www.shvoong.pt) consultado a 21- 03- 2008)

### **3.2. Políticas sociais em Portugal**

A estrutura populacional é alvo de mutações perante um envelhecimento acentuado e influência de forma profunda a sociedade, o que significa uma nova distribuição dos papéis económicos, sociais e culturais, segundo o género e a idade. (BECK, 1991)

Estas mutações têm implicações na sociedade, na família e no indivíduo, pois exigem novos modelos de abordagem para o fenómeno crescente e complexo que é o envelhecimento. (CÓNIM, 1999)

O fenómeno de envelhecimento ocorre com um aumento da esperança média de vida dos indivíduos, o que significa que cada vez mais temos pessoas “mais idosas” (com mais de 75 e mais anos), o que no conceito de família tem implicações não só económicas (família sem suporte económico para sustentar três ou quatro gerações), como também na sua própria dinâmica, já que, a nível da prestação de cuidados, estes vão ser prestados por pessoas mais velhas a cuidar de pessoas “mais idosas”. (ROSA, 2000)

Desta forma, o conceito de família alargada, onde a solidariedade e a prestação de cuidados entre gerações era um suporte, deixa de existir, e passamos a assistir ao predomínio das famílias nucleares. O facto da entrada da mulher no mundo do trabalho também acentuou esta realidade. (ROSA, 2000)

Com estas evoluções e mutações na sociedade, tornou-se necessário a criação ou adaptação de políticas sociais.

Em 1969 realizou-se em Portugal o seminário “Política para a Terceira Idade”, o qual foi orientado por Paul Paillat e teve como finalidade contribuir para a definição das bases de uma política social para os idosos. Os principais objectivos foram: evitar a ruptura entre as condições de vida do fim do período activo e as do período inactivo, e respeitar a dignidade da pessoa humana. Defendeu-se que, quando a pessoa deixasse de trabalhar e pertencesse à categoria dos reformados, que fosse atribuída ajuda, através de instituições que existissem para essa função, sem que houvesse pedido pelo próprio. Paul Paillat defendeu o surgimento de instituições de apoio, para que os reformados fossem apoiados nas suas necessidades e riscos. (ABRANTES, 2003)



As instituições de velhice contribuem grandemente para o reforço de uma imagem social de velhice com grandes necessidades de apoio material, social, médico, psicológico e até afectivo, reforçando uma identidade institucionalizada.

Fernandes (1997) refere que os lares ou residenciais para idosos, estabelecimentos de alojamento definitivo, sugerem uma imagem e valor simbólico negativos, porque remetem para uma velhice triste, pobre e solitária, enquanto etapa à espera da morte.

Segundo Drulhe (1991), o desenraizamento a que foram sujeitos os idosos, quando entraram numa instituição, produziu rupturas com o modo de vida habitual, tornando-se muito difícil recrutar novos agentes de troca, inventar novas actividades com outros ou estabelecer novos laços sociais. Globalmente, a vida social dentro de uma instituição tende a reduzir-se ao triste ambiente de uma camaradagem forçada, de coexistência pacífica.

Em Portugal, estas instituições foram criadas em número insuficiente para as necessidades, surgindo, como resposta, as organizações com fins lucrativos, que em muitos casos não se pautam pelas normas estabelecidas pelas instâncias estatais. As famílias com necessidade pactuam com as condições do estabelecimento.

Em 1974, o Programa de Acção II Governo Provisório introduziu medidas correctivas, como sejam a criação de pequenas unidades residenciais, para o acolhimento dos idosos sem família, e a total remodelação dos asilos da Terceira Idade. E reforçou os princípios de criação de um Sistema de Segurança Social, evidenciando o direito à vida e à não capacidade de produzir trabalho.

Na Constituição de 1976, artigo 63º, declara-se explicitamente que o Estado promoveria uma política da terceira idade e deveria, ainda, proporcionar condições de habitação e convívio familiar e comunitário, os quais evitariam e superariam o isolamento ou a marginalização social das pessoas idosas e lhes ofereceriam as oportunidades de saírem e desenvolverem formas de realização pessoal através de uma participação activa.

Em 1976 foram criados os primeiros centros de dia, posteriormente centros de convívio, e o serviço de apoio domiciliário. Estas instituições e serviços são orientados pelos princípios da prevenção da dependência e da integração das pessoas idosas na comunidade.

Na década de 80, abandonou-se a designação de terceira idade, no entanto, não foram previstos determinados objectivos. Isto porque nesta concepção das políticas sociais de velhice continuou a representação social das pessoas idosas enquanto categoria social constituída por pessoas segregadas, carenciadas e mesmos estigmatizadas. As políticas sociais alertam para a necessidade de inserir as pessoas idosas no meio social, permitindo-lhes escolherem livremente o seu modo de

vida. Mas, segundo Fernandes (1997), desta forma, estamos a partir do pressuposto que o idoso não está integrado e não tem capacidade para escolher o seu modo de vida.

Em 1982, de 26 de Julho a 6 de Agosto, realizou-se em Viena de Áustria a I Assembleia sobre o Envelhecimento, organizada pelas Nações Unidas. Deste encontro resultou um Plano de Acção Internacional sobre o Envelhecimento, destinado a orientar as estratégias políticas e sociais face à mudança demográfica. Neste plano estavam contidas metas e recomendações sobre as pessoas idosas, na área da saúde e nutrição, habitação e meio ambiente, família, bem-estar, segurança no emprego e educação. (MARQUES, 2002)

De 8 a 12 de Abril de 2002 realizou-se a II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, em Madrid, tendo estado presentes delegações governamentais de 189 Estados Membros, representantes de organismos da ONU (Organização das Nações Unidas), diversas instituições, grupos de especialistas e ONG's (Organizações Não Governamentais). No Plano de Acção Internacional sobre o Envelhecimento 2002, ficou definida uma estratégia a longo prazo, a qual serviu de orientação aos governos e a todos os organismos das Nações Unidas, tendo em conta três temas: Pessoas Idosas e Desenvolvimento; Cuidados de saúde e Qualidade de Vida; Meio Ambiente propício.

Daí resultaram recomendações prioritárias, entre as quais salientamos as seguintes: "As pessoas idosas têm direito, entre outros, a cuidados de saúde qualificados, a prestadores de cuidados com formação específica (nas áreas da geriatria e gerontologia), à prevenção da doença, à reabilitação, ao acesso a serviços e equipamentos de apoio, a cuidados de saúde ao domicílio com formação dos prestadores de cuidados informais". (MARQUES, 2002, p.8)

A mesma autora refere que a implementação do Plano de Acção sobre o Envelhecimento 2002 requer uma visão política, económica, ética e espiritual sobre o desenvolvimento social assente na dignidade humana, nos direitos humanos, na igualdade, no respeito, na paz, na democracia, na responsabilidade e na cooperação mútuas, e no respeito pelos diversos valores religiosos, culturais e éticos das pessoas. Os governos têm a responsabilidade da implementação das recomendações do Plano de Acção, em efectiva parceria com a sociedade civil e o sector privado, processo no qual o papel das ONG's e a participação das pessoas idosas são fundamentais.

Manter os idosos no seu domicílio é sentido como algo necessário para a qualidade de vida dos mesmos. Por um lado, previne o desenraizamento da pessoa em relação à sua família e amigos, contribuindo para a sua qualidade de vida e, por outro, é uma medida que permite envolver a família na prestação de cuidados ao seu idoso, tornando-se uma resposta mais económica a nível de política social.

Têm-se desenvolvido projectos de apoio à pessoa idosa, alguns vocacionados para o apoio social, outros para o apoio específico em cuidados de saúde. Foram criadas as instituições que têm por princípios manter as pessoas idosas no seu próprio domicílio. São os centros de dia, os centros de convívio e os serviços de apoio domiciliário.

Em 18 de Junho de 1998, é publicado no Diário da República o despacho conjunto nº 407, dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade que se refere à Intervenção Articulada do Apoio Social e dos Cuidados de Saúde Continuados, dirigidos às pessoas em situação de dependência.

Esta medida assenta numa lógica de parcerias locais, envolvendo os serviços de saúde e de acção social, as IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social) e outras ONG's, e as Autarquias. Este modelo de intervenção apresenta uma nova atitude e posicionamento na implementação e gestão das respostas, investindo em todos os parceiros, por igual, na corresponsabilização da sua aplicação, sem prejuízo das obrigações que a cada um compete na medida da respectiva actuação.

O carácter inovador deste modelo de intervenção determinou que a sua implementação ficasse sujeita a um período experimental de dois anos. No ponto três deste despacho é referido que as respostas às necessidades dos grupos alvo podem revestir as seguintes formas de intervenção: Apoio social, Cuidados de saúde continuados e Respostas Integradas.

O despacho aponta para várias vertentes de actuação:

Apoio social – é desenvolvido em equipamentos ou mediante a prestação de serviços através de um sistema de cooperação do Ministério do Trabalho e da Solidariedade com as IPSS, Misericórdias e Mutualidades, com as seguintes respostas: serviço de apoio domiciliário, centro de dia, acolhimento familiar, lar centro de actividades ocupacionais, lar de apoio e lar residencial. O serviço de apoio domiciliário é a prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades e ou as actividades de vida diária.

Cuidados de saúde continuados – os serviços de saúde produzem e distribuem tecnologia de saúde, no âmbito dos cuidados continuados, quer nos equipamentos de saúde, quer nos espaços sociais dirigidos particularmente às pessoas em situação de dependência. A partir dos centros de saúde e dentro do seu normal funcionamento, destacam-se a tecnologia médica, os cuidados de enfermagem e os outros prestadores de cuidados, em particular as desenvolvidas pelas ajudantes de saúde. As áreas prioritárias de intervenção são a promoção da saúde e a prevenção da doença e da

dependência, e o acompanhamento prioritário das pessoas idosas, doentes ou convalescentes, no domicílio.

Apoio domiciliário integrado – é um serviço que se concretiza através de um conjunto de acções e cuidados pluridisciplinares, flexíveis, abrangentes, acessíveis e articulados, de apoio social e de saúde, a prestar no domicílio. Assegura, sobretudo, a prestação de cuidados (de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa e outros) e a prestação de apoio social indispensável à satisfação das necessidades básicas humanas. (Despacho conjunto nº 407 a 8 de Junho de 1998)

Em 1999, foi editado pela Direcção Geral da Saúde o 1º Guia para as pessoas idosas, com o título “Conservar-se em forma na idade avançada”. Posteriormente têm surgido outras publicações, editadas também pela direcção Geral da Saúde. Estas promovem o auto-cuidado do idoso, numa posição informada sobre as alterações que podem surgir com o envelhecimento, e o modo como as mesmas devem ser enfrentadas, informando o idoso, responsabilizando-o pela sua saúde e envolvendo-o no processo. Pretende-se, assim, contribuir para a melhoria da imagem social da velhice, influenciando positivamente a saúde do idoso.

Para Graça Raposo, os governos e a sociedade devem adoptar programas que ajudem a “envelhecer mantendo-se activos”, e devem fundamentar-se nos direitos, nas preferências, nas necessidades e capacidades das pessoas idosas, de forma a que estas beneficiem de segurança, protecção e cuidados adaptados às suas necessidades, e isto implica a criação de redes de apoio na área social, de saúde mental e física. (in [www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt), consultado a 07-09-2006)

“Os programas sociais de apoio aos idosos baseiam-se nas seguintes orientações:

- Prevenir situações que conduzam à degradação do processo de envelhecimento;
- Promover condições favoráveis à integração sócio-familiar, económica e cultural dos idosos, evitando a sua marginalização e isolamento;
- Fomentar a autonomia do idoso, incentivando a sua participação na vida da comunidade;
- Reconhecer o papel do idoso na família;
- Valorizar o idoso como detentor de experiências, saberes e culturas que a sociedade deve aproveitar e que deve preservar;
- Apoiar os prestadores de cuidados informais (família, vizinhos, voluntários organizados);
- Articular os serviços implicados na resolução dos problemas sociais dos idosos: serviço de saúde e de acção social;
- Promover a solidariedade entre as gerações;

Estas iniciativas visam manter o idoso no seu quadro habitual de vida, tanto quanto possível, mantendo o idoso no seu domicílio, como forma de manter o seu bem-estar físico, psíquico e social". (CORREIA, 2003, p. 307)

Respondendo às orientações internacionais, nomeadamente da Organização Mundial de Saúde, para o atendimento da população idosa, têm sido procuradas respostas sociais como: centros de dia e de convívio, serviços de apoio domiciliário e, ultimamente, o acolhimento familiar. Houve um aumento e uma melhoria notáveis na quantidade e qualidade de serviços sociais e de saúde para a população idosa, sendo que cada vez há menos pessoas autónomas a residir em lares, "a guardar vez" para futuras situações de necessidade, embora se observe um aumento de grandes dependentes, muitos dos quais sem respostas específicas e diferenciadas, como é o caso das pessoas com demência. (PAÚL, 2005)

Em matéria de acção social, tem-se vindo a privilegiar modalidades flexíveis de intervenção, designadamente através do desenvolvimento de uma rede de serviços e equipamentos sociais, que actualmente numa lógica de proximidade, concorrem para a manutenção das pessoas no seu meio habitual de vida, mesmo daquelas que se encontram em situação de dependência. Neste âmbito são de realçar respostas como: serviço de apoio domiciliário, centro dia, centro de convívio e, mais recentemente, o centro de noite, enquanto alternativa à institucionalização e combate a situações de isolamento, solidão e insegurança. As medidas referidas contribuem para um envelhecimento activo, no sentido em que:

- Diversificam os serviços, promovendo e favorecendo vivências familiares equilibradas e redes de respostas integradas;
- Introduzem critérios de reforço de qualidade dos estabelecimentos e de qualificação dos prestadores de cuidados,
- Avaliam as respostas existentes e introduzem factores de diferenciação positiva, distinguindo os que, pela diversidade, qualidade e atenção a situações "atípicas", melhor respondem às necessidades dos utentes e famílias;

Transversalmente, tem vindo a ser promovida e incentivada a celebração de acordos de cooperação com as instituições particulares de solidariedade social, no sentido da expansão, diversificação e qualificação da rede nacional de serviços e equipamentos sociais de apoio às pessoas e famílias, preparando-se simultaneamente modelos de financiamento directo às famílias, bem como outras formas facilitadoras de acesso à rede de serviços e equipamentos. (Direcção – Geral da Segurança Social, 2004)

Essa promoção é verificada na criação de serviços, como:

“• Programa de Apoio Integrado (PAII):

- Serviço de Apoio Domiciliário - visa a manutenção do idoso ou de pessoa com dependência, no seu domicílio, facultando apoio domiciliário especializado.
- Centro de apoio dependentes/centro pluridisciplinar de recursos: apoio temporário, visando a prevenção e a reabilitação de pessoas com dependências;
- Formação de recursos humanos - destina-se, prioritariamente, a familiares, vizinhos e voluntários, bem como a profissionais de acção social e de saúde, procurando habilitá-los para a prestação de cuidados aos idosos.
- Serviço de tele-alarma - permite aos idosos contactar, rapidamente, os serviços da rede social de apoio, obtendo, assim, a ajuda necessária ou o encaminhamento para quem possa responder às suas necessidades.
- Saúde e termalismo - permite o acesso dos idosos, com menores recursos financeiros, aos tratamentos termais.
- Passes de terceira idade - permite aos idosos a utilização dos passes sociais, sem restrições de horário.

• Regime de incentivo às Microempresas (RIME): destina-se apoiar a criação e desenvolvimento locais de investimento. Entre os objectivos do RIME, com incidência no apoio à população idosa, refere-se a criação e desenvolvimento de serviços base local e proximidade, visando o melhoramento das condições de vida social, ambiental, cultural e recreativa.

• Criação directa de postos de trabalho: ao abrigo deste programa foram criados serviços e equipamentos sociais destinados aos idosos, quer ao nível das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), quer do sector com fins lucrativos.

• Programas de Idosos em Lar (PILAR): destina-se a desenvolver a oferta de lares de idosos e outras respostas sociais para idosos, tendo, como objectivo, o realojamento de idosos oriundos de lares lucrativos sem condições de funcionamento, e satisfazer as necessidades nas zonas não cobertas, ou com deficiente cobertura, pela Rede de Serviços e Equipamentos Sociais. Visa ainda a criação e remodelação de lugares dirigidos a utentes das Instituições de Solidariedade Social.” (CORREIA, 2003, p. 311)

Outras respostas, umas mais conhecidas que outras, para o aumento da rede de apoio são:

“Centros de dia – caracterizam-se pela prestação de um conjunto de serviços desenvolvidos em equipamentos, os quais contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio social e familiar. Normalmente estes centros, além do apoio às necessidades como a alimentação e higiene,

desenvolvem também actividades sócio-culturais e recreativas, a fim de fomentar a interacção social bem como evitar o isolamento.

Centros de convívio – são centros de âmbito local para convívio e recreio de pessoas idosas.

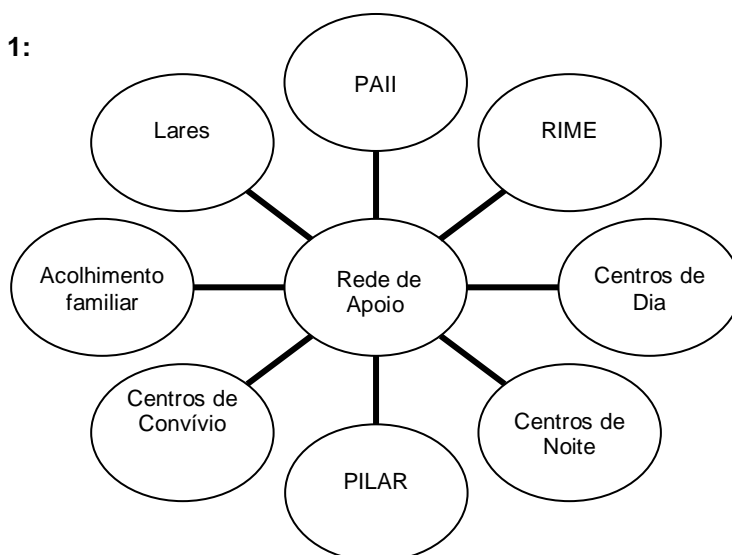
Acolhimento familiar – tem como objectivo proporcionar, através do recurso a famílias, o acolhimento temporário ou permanente a pessoas idosas.” (Ministério da Solidariedade e segurança social, 1994, p. 64)

Centros de noite – uma solução de apoio aos idosos com necessidade de acompanhamento nocturno, por motivos de doença, isolamento geográfico ou social, é uma resposta alternativa à institucionalização. (CONCEIÇÃO, 2004)

Lar para idosos – estabelecimento no qual são desenvolvidas actividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, fomentando o convívio e proporcionando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes. (Despacho Normativo nº12/98 de 05 de Março do Ministério do Trabalho e da Segurança Social)

Podemos, através do seguinte diagrama, visionar as diferentes respostas da rede de apoio:

**Figura 1:**



Esta evolução das políticas sociais demonstra um esforço significativo na implementação de uma variedade de serviços e de responsabilização dos mesmos por diferentes entidades, de forma a aproximar cada vez mais as práticas sociais aos quadros legais.

### **Síntese do Capítulo**

No presente capítulo são apresentadas duas grandes perspectivas sobre o conceito de envelhecimento: o biológico e o demográfico.

Posteriormente, são explicitadas as diferentes teorias sobre o envelhecimento, designadamente as teorias gerais do envelhecimento biológico e as teorias do envelhecimento psicossocial.

A contextualização das políticas sociais sobre o envelhecimento a nível europeu e, depois, mais especificamente o caso de Portugal, também é exposta neste capítulo, sendo que, no caso português, é feita uma sucinta descrição da evolução das políticas sociais.



---

## Capítulo II – Qualidade e Envelhecimento

---

## Capítulo II - Qualidade e Envelhecimento

### 1. Direitos dos idosos

O Direito Português encara os cidadãos idosos como sujeitos iguais a todos os outros. É uma abordagem que não categoriza os destinatários do direito em função da idade. Porém, nota-se uma preocupação crescente com os idosos, em ordem à definição de um estatuto jurídico que, pontualmente corrija as desigualdades que a sociedade tem infringido àqueles que ultrapassaram a meta da idade. (COSTA, 2006)

“Todo o idoso tem direito a:

- Vida digna e continuada no seio da família;
- Saúde e assistência especializada na doença;
- Permanecer na vida social e comunitária;
- Pronta assistência em incidentes, sobretudo se carecer de apoio domiciliário;
- Provimento de dormida, alimentação, higiene e tratamento da roupa, em caso de impossibilidade manifesta;
- Respeito e veneração de toda a comunidade;
- Aquisição ou aperfeiçoamento de um nível equilibrado de cultura;
- Pensão de reforma digna;
- Convívio com todos os níveis etários, particularmente com a infância e juventude;
- Participação em actividades lúdicas compatíveis com os seus interesses biossociais;
- Frequência de actividades gimnodesportivas adequadas ao seu perfil biopsíquico;
- Apoio ou eventual tutela na gestão e administração dos seus bens por uma entidade idónea;
- Protecção das autoridades do poder instituído e auxílio de civis;
- Apreço pelo seu passado laboral e incentivo à continuação da vida produtiva;
- Proclamar e lutar pela defesa dos direitos dos idosos.” (QUINTELA, 1995, p.15)

Como podemos concluir, procura-se não o sentido de só contribuir para o aumento da esperança de vida como também para a sua qualidade. ( COSTA, 2006)

### 2. Qualidade de Vida

O conceito de qualidade de vida é algo difícil de definir e Bury & Holme (2003) assumem essa mesma dificuldade. Para melhor o compreender, apresentam dois factores principais para a avaliação da qualidade de vida: as condições objectivas e as condições subjectivas. As condições objectivas seriam as condições de saúde em geral, e as condições subjectivas seriam o nível de satisfação de vida, a auto-estima e medidas relacionadas com o bem-estar. (COSTA, 2006)

José Dias (1997) refere que a noção de qualidade de vida varia, forçosamente, com cada um, com os desejos de cada um, com os objectivos de cada um, com as ambições de cada um. Qualidade de

vida é um conceito que abrange a independência, a satisfação, o sentimento de realização, em suma, o bem-estar físico, psíquico e social.

A qualidade de vida inclui várias áreas de vida. Os modelos de qualidade de vida vão desde a “satisfação com a vida” ou “bem-estar social”, a modelos baseados em conceitos de independência, controle, competências sociais e cognitivas. (COSTA, 2006)

Smith J. considera que o conceito de bem-estar se alterou a partir de meados do século XX. Até aí significava, apenas, disponibilidade de bens materiais (comida, casa de banho, casa aceitável, acesso a serviços de saúde e de acção social, dinheiro suficiente). Hoje em dia envolve, também, dimensões menos visíveis (sentido de segurança, dignidade pessoal, oportunidades de atingir objectivos pessoais, satisfação com a vida, alegria, sentido positivo de si). A noção de qualidade de vida passa igualmente pela mesma alteração, englobando os recursos e o direito a “gozar” a vida. (Rev. Saúde Pública, 2003, 37 (3), p. 364-71)

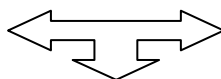
O Ministério da Solidariedade e Segurança Social, em 1994, organizou um workshop intitulado “O envelhecimento – experiências inovadoras em Portugal: Comissão Nacional para Política da Terceira Idade” e apresentou uma grelha base de avaliação da qualidade de vida do idoso. Variantes primordiais dessa medição são: o isolamento e a comunicação afectiva e social, a mobilidade, as actividades diárias, a actividade ocupacional, a actividade lúdica, a relação familiar e os recursos económicos. Segundo esta base, considera-se que: uma comunicação alargada ao mundo exterior, uma mobilidade sem ajuda, actividades da vida diária sem ajuda, actividades ocupacionais regulares, actividades lúdicas que concedam resposta aos seus anseios, uma integração familiar funcional e recursos económicos para além das necessidades básicas, conduzem a que o idoso detenha um óptimo de qualidade de vida.” (Ministério da Solidariedade e Segurança Social, 1994)

Podemos entender que o conceito de “qualidade de vida é a percepção por parte dos indivíduos ou grupos de que as suas necessidades são satisfeitas e não lhes são negadas oportunidades para alcançar um estado de felicidade e de realização pessoal em busca de uma qualidade de existência acima da mera sobrevivência.” (Ministério da Solidariedade e Segurança Social, 1994, p. 64)

Dantas & Oliveira (2003, p.43) apresentam o seguinte esquema:

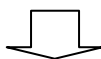
Educação para:

Melhor estilo de vida



Saúde

Direitos / Perspectivas Sociais



Qualidade de Vida

“Este fenómeno terá de ser acompanhado pela tomada de consciência por parte da sociedade de que a longevidade deverá corresponder a uma vida plenamente realizada com condições sócio-económicas e culturais adequadas”. (QUINTELA, 1995, p. 13)

As teorias do envelhecimento bem sucedido vêem o sujeito como pró-activo, gerindo a sua qualidade de vida através da definição de objectivos e lutando para os alcançar, acumulando recursos que são úteis na adaptação à mudança e desta forma activamente envolvidos na manutenção do bem-estar. Sendo assim, um envelhecimento bem sucedido é acompanhado de qualidade de vida e bem-estar e deve ser fomentado ao longo dos estados anteriores de desenvolvimento. (Rev. Saúde Pública, 2003;37 (3), p. 364-71)

### **3. Dependência**

A qualidade de vida na velhice tem sido, muitas vezes, associada a questões de dependência-autonomia. As dependências observadas nos idosos resultam tanto de alterações biológicas (deficiências ou incapacidade) como de mudança nas exigências sociais (desvantagens) e, frequentemente, as últimas parecem determinar as primeiras.

Cabete (1999, p. 8-11) diz que o conceito de autonomia pode ser definido como uma capacidade instrumental, isto é, o “poder dispor livremente de si, aplicando a possibilidade, a vontade, ou o desejo de decidir, manifestando-se por um poder ser, exercendo-se ao nível físico, mental e social”.

É importante desde já distinguir os “efeitos da idade” de patologia, pois, algumas pessoas mostram declínio no estado de saúde e nas competências cognitivas precoces, enquanto outras vivem saudáveis até aos 80 anos e mesmo até aos 90. Assim, começa a ser entendido que qualquer declínio precoce provavelmente reflecte patologia e não efeitos da idade. Ou seja, a dependência não é um elemento que caracteriza apenas esta fase da vida. (Rev. Saúde Pública, 2003;37 (3), p. 364-71)

Garcia (1994) define dependência como uma “situação na qual a pessoa carente de meios para conseguir bens ou serviços económicos essenciais a um nível de vida mínimo vê-se obrigada a solicitar e aceitar assistência pública ou privada. Condição de vida de uma pessoa cujo desenvolvimento normal depende, em parte ou no todo, de factores alheios aos seus próprios recursos.”

Dependência é a incapacidade do indivíduo para adoptar comportamentos ou de realizar por si mesmo, sem ajuda de outros, acções que lhe permitam alcançar um nível aceitável de satisfação nas suas necessidades, que pode ocorrer em qualquer fase da vida. (SANTOS, 2000)

Baltes & Silvenberg (1995) descrevem três tipos de dependência:

- “Estruturada: onde o significado do valor do ser humano é determinado, em primeiro lugar, pela participação no processo produtivo (na velhice salienta-se a dependência gerada pela perda do emprego);
- Física: incapacidade funcional individual para realizar actividades de vida diária;
- Comportamental: com frequência antecedida pela dependência física, é socialmente induzida, independentemente do nível de competência dos idosos, o meio espera incompetência”. (Rev. Saúde Pública, 2003;37 (3), p. 364-71)

A dependência do idoso é a sua condição de vida, quando tem as actividades de vida diárias comprometidas, em maior ou menor grau, o que o leva a uma diminuição da sua autonomia, e à necessidade de apoio para a satisfação dessas mesmas actividades de vida.

As actividades de vida são as várias actividades que o homem executa durante um período de vida, desde a concepção até à morte, com o objectivo de obter a sua realização e o máximo de independência dentro dos limites da sua situação específica. (PEARSON & VAUGHAN, 1992)

As actividades de vida estão intimamente relacionadas, quanto mais rapidamente se reduzir a dependência de uma actividade, maior vai ser a independência das outras.

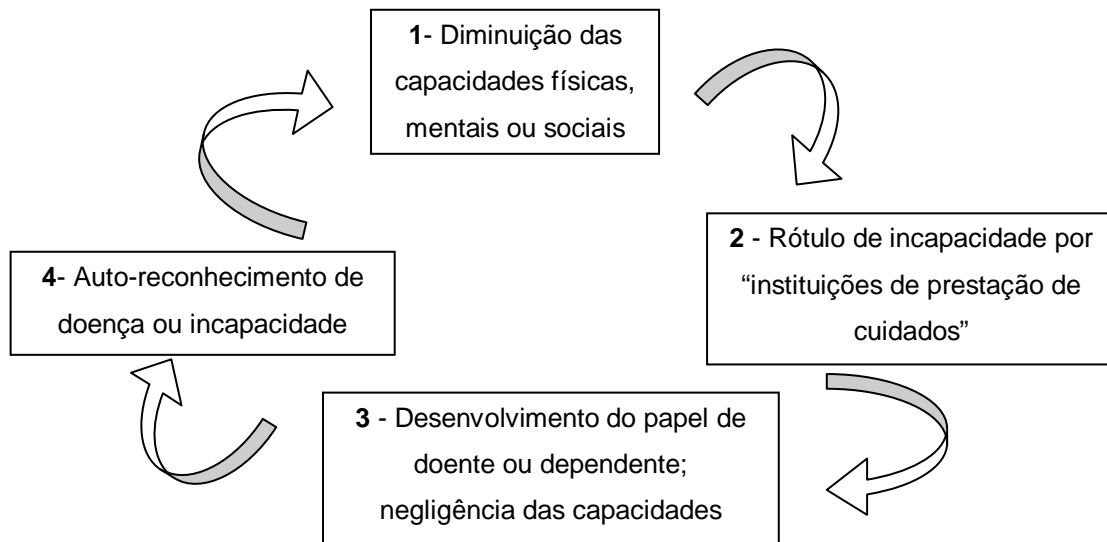
Para Robert (1995) as actividades de vida são doze: • manutenção de um ambiente seguro, • comunicação, • respiração, • alimentação, • eliminação, • higiene pessoal e vestuário, • controlo da temperatura do corpo, • mobilidade, • lazer, • expressão da sexualidade, • sono e • morte. Fazem parte integrante do complexo processo de viver, e as actividades de vida que permitem a sobrevivência têm prioridade, conforme a situação e a etapa de vida em que o indivíduo se encontra.

Existem três tipos de actividades, interrelacionadas entre si e com as doze actividades de vida, anteriormente indicadas (ROBERT, 1995):

- Actividades preventivas – que se realizam para prevenir certos factores que alteram a vida, tais como os acidentes e as doenças;
- Actividades de conforto – que se realizam para dar bem-estar físico, psíquico e social;
- Actividades pesquisadoras – que se realizam para adquirir conhecimentos, experiências e respostas a novos problemas.

Porém, alguns idosos adoptam uma visão negativa da vida, levando-os a assumir um papel de doentes e dependentes. Uma forma de estar descendente e de diminuição das capacidades (Figura 2). (HALL, 1997)

**Figura 2:** O ciclo de vida negativo: um ciclo vicioso de doença no idoso.



Fonte: HALL, 1997.

Contudo, o processo de envelhecimento tem de ser visto como um todo, tendo em conta o percurso de vida de cada indivíduo e não apresentando uma visão uniforme dos idosos.

Paúl diz que os “diferentes percursos de vida determinam, em grande média, os recursos dos idosos no seu estado actual. Os vários subsistemas biológicos, psicológicos e sociais interagem como um todo e qualquer alteração num destes influencia os outros”. (PAÚL, 1997, p. 21)

Sendo que a maioria dos idosos goza de saúde física e mental, sendo totalmente independentes, mesmo quando atingem idades muito avançadas, existe a necessidade de apoio dos serviços de saúde e sociais, no sentido de os encorajar de forma a conservarem a sua independência.

#### 4. Necessidades

Todo o ser humano comporta uma série de necessidades que lhe são intrínsecas. Uma das classificações mais conhecidas das necessidades humanas é a de Abraham Maslow.

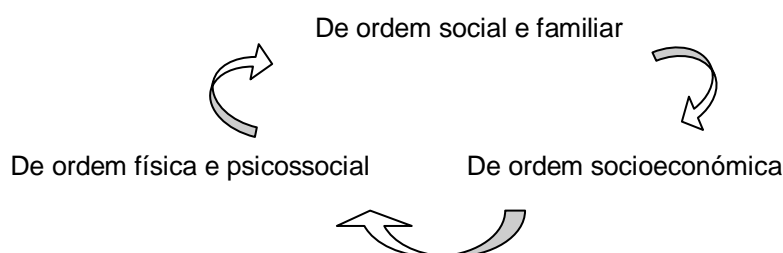
**Figura 3:**

Fonte: COSTA, 2006.

O modelo de Maslow considera a ordenação das diferentes necessidades motivacionais numa hierarquia e sugere que antes da realização das necessidades mais elaboradas, de ordem superior, é necessário satisfazer determinadas necessidades primárias. As necessidades mais básicas são aquelas que foram anteriormente impulsos primários: necessidades de água, comida, sono (necessidades fisiológicas).

Em seguida, é necessário satisfazer as necessidades de segurança. Maslow sugere que as pessoas precisam de um ambiente seguro para funcionarem eficazmente. Estas são as consideradas necessidade de ordem inferior. Só depois de satisfazer estas necessidades é que podemos passar para as necessidades de ordem superior, como a necessidade de amor e o sentido de pertença, estima e realização pessoal. As necessidades de amor e pertença incluem a necessidade de ganhar e de dar afecto e de ser membro efectivo e válido de um grupo ou da sociedade. (COSTA, 2006)

A natureza das necessidades dos idosos situa-se a vários níveis, e vários são os autores que reflectem sobre a influência destas na saúde do idoso. A participação activa dos idosos decorre da sua própria necessidade. Gerir as suas próprias potencialidades, estimular a sua criatividade, iniciativa e associativismo, conduzem ao desenvolvimento de trabalho sobre a sua própria saúde.

**Figura 4:** Natureza das necessidades dos idosos

Fonte: COSTA, 2006.

Ao longo do envelhecimento há uma perda progressiva da capacidade do corpo que não se renova. A transformação dos processos sensoriais perceptivos, cognitivos e afectivos, a alteração na auto-imagem e no papel social, a perda de autonomia, a solidão, o isolamento, a inactividade e as alterações resultantes do padrão familiar tradicional determinam necessidades de saúde sobre as quais urge reflectir, estudar, debater e, sobretudo, fazer os idosos falar. (COSTA, 2006)

## 5. EASYcare

A necessidade e pertinência de avaliar a qualidade de vida dos idosos fez com que fosse desenvolvido o instrumento de recolha dos dados ESAYcare (Elderly Assessment System / Sistema de Avaliação de Idosos), que tem como intuito caracterizar a qualidade de vida e bem-estar da população idosa, com 75 anos ou mais.

Este instrumento avalia a percepção dos idosos em relação às suas capacidades (se se sentem capazes de ...). Trata-se de um instrumento de avaliação multidimensional, desenvolvido para avaliar as necessidades dos idosos a nível social e de saúde. (FIGUEIREDO & SOUSA, 2001)

O EASYcare foi inicialmente desenvolvido no âmbito de um projecto financiado pela União Europeia (European Prototype for Integrated Care - EPIC). A construção da escala realizou-se a partir de outros instrumentos que avaliavam apenas algumas das dimensões. A inovação do EASYcare está no facto de acumular, numa só escala, itens relativos às várias dimensões de qualidade de vida e bem-estar do idoso. Esta escala está disponível em 15 países da União Europeia. (FIGUEIREDO & SOUSA, 2001)

O EASYcare foi inicialmente desenvolvido na língua inglesa e, posteriormente, sujeito a um processo de validação linguística para as línguas dos outros países envolvidos. Este processo, definido de forma standarizada, envolve seis fases: Primeira - tradução do inglês para o português (o tradutor tem bons conhecimentos de inglês, mas a sua língua materna é o português); Segunda - retroversão (tradução da anterior versão em português para inglês, a língua materna deste tradutor é o inglês);



Terceira - reunião entre os investigadores e os tradutores para comparar as versões e acertar pormenores da tradução; Quarta - reunião com um grupo de técnicos ligados aos cuidados primários aos idosos, para análise da correcção dos termos utilizados; Quinta - reunião com idosos para análise de possíveis dificuldades no entendimento da escala; Sexta fase - revisão do texto por um especialista em língua portuguesa para eventuais correcções ortográficas e gramaticais. Posteriormente realizou-se um estudo de validação psicométrica para a população portuguesa. – (FIGUEIREDO & SOUSA, 2001)

Para o EASYcare foi concebido um sistema de pontuação da incapacidade. Os valores para cada item foram acordados através da combinação de pontos de vistas de profissionais na área da saúde, pessoas idosas e prestadores de cuidados informais, em relação à sua importância relativa. Pode-se obter uma pontuação máxima de 127 e mínima de três, sendo que pontuações mais elevadas indicam maior incapacidade. Este instrumento não substitui o juízo clínico, pelo que não há um valor a partir do qual se identifica incapacidade.

Esta escala pretende ajudar os técnicos a melhorar os cuidados que prestam ao idoso, todavia os dados obtidos podem, ainda, ser utilizados para avaliar problemas diversificados na população, necessidades e objectivos, que auxiliam a gestão dos serviços, a investigação e a formulação de políticas. (FIGUEIREDO & SOUSA, 2001)

Este instrumento efectua a caracterização dos idosos com base nas seguintes 26 variáveis: visão; audição; mastigação; fala; saúde; solidão (sente-se sozinho?); habitação; realizar o trabalho doméstico; preparar as próprias refeições; ir às compras; administrar o próprio dinheiro; usar o telefone; tomar os medicamentos; sair de casa e caminhar na rua; movimentar-se dentro de casa; subir e descer escadas; deslocar-se da cama para a cadeira; utilizar a sanita; usar a banheira ou chuveiro; cuidar da aparência pessoal; vestir-se; alimentar-se; incontinência urinária; incontinência fecal; depressão; diminuição cognitiva.

Este facto revela dois dos limites do EASYcare: 1º- não pode ser aplicado a sujeitos muito dependentes, incapazes de se expressar; 2º - não pode ser administrado a idosos com baixo nível cognitivo. Revela dois núcleos da população que não se incluem na amostra que se possa analisar. (FIGUEIREDO & SOUSA, 2001)

### **Síntese do Capítulo**

O presente capítulo apresenta, segundo diferentes autores, a dificuldade na definição do conceito de qualidade de vida, pois estamos a falar de uma noção muito volátil, consoante cada sujeito, tempo e espaço.

O conceito de qualidade de vida é, neste estudo, abordado sob o seu significado no envelhecimento e, dessa forma, abordamos questões como a dependência e as necessidades.

O EASYcare surge como o instrumento capaz de estabelecer a ligação entre qualidade de vida e envelhecimento, uma vez que visa avaliar a qualidade de vida dos idosos através da própria percepção dos idosos quanto às suas capacidades.

---

## Capítulo III – O Serviço de Apoio Domiciliário como Resposta Social

---

### **Capítulo III – O Serviço de Apoio Domiciliário como Resposta Social**

#### **1. O serviço de apoio domiciliário no contexto dos serviços de proximidade**

O serviço de apoio domiciliário é um serviço de proximidade, uma vez que corresponde a uma resposta social organizada a que as pessoas em situação de dependência podem ter acesso para satisfação de necessidades básicas e específicas, tendo apoio nas actividades instrumentais da vida quotidiana e actividades sócio-recreativas. (VVAA, 2005)

Compreende-se por serviços de proximidade, sobretudo as actividades que tradicionalmente eram asseguradas pelas famílias, nas suas casas (tais como assistência a pessoas idosas, crianças, deficientes) e que, com a evolução das condições de vida, passaram a ser realizadas no exterior da família.

O desenvolvimento dos serviços de proximidade resultou essencialmente, dos seguintes factores:

- abandono dos campos e vinda das pessoas para as cidades, com a crescente influência dos centros urbanos;
- crescimento do número de mulheres a trabalhar fora de casa, provocando a elevação dos rendimentos das famílias e consequentemente a procura de níveis de vida e de hábitos de consumo mais exigentes;
- alterações da estrutura familiar, com redução do número de filhos;
- habitações pouco espaçosas;
- aumento da esperança de vida das pessoas, logo o aumento da população idosa. (PIMENTEL & MESQUITA, 2003)

Todas estas mudanças levaram a que determinadas actividades, sobretudo as de assistência a crianças, pessoas doentes e dependentes, antes asseguradas no seio da família, passassem a ser confiadas a pessoas ou a instituições exteriores ao agregado familiar, dando origem ao desenvolvimento de serviços de proximidade.

Contudo, porque se trata de serviços prestados às pessoas, na sua maioria em situação de dependência, tais actividades mantêm a exigência de um relacionamento pessoal próximo, afectuoso, entre quem as exerce e quem delas beneficia.

Os serviços de proximidade podem ser agrupados em função da sua finalidade, da seguinte forma:

- Apoio pessoal e social – engloba todas as actividades que têm como objectivo dar apoio, individual ou colectivo, a:
  - Crianças (“amas”, creches, jardins de infância, actividades de tempos livres, colónias de férias);

- Jovens (clubes de jovens, actividades de tempos livres e de férias, apoio nos estudos);
- Pessoas portadoras de deficiência (lares, centros de dia, apoio domiciliário, escolas e centros de ocupação, centros laborais);
- Idosos (lares, centros de dia e de convívio, apoio ao domicílio);
  
- Apoio às tarefas domésticas – inclui actividades cuja finalidade é a prestação de apoio às tarefas domésticas e à manutenção da habitação e dos seus equipamentos, nomeadamente:
  - Serviços prestados ao domicílio (limpezas, compra e entrega de produtos, etc.);
  - Serviços de natureza doméstica prestados no exterior (lavandaria, arranjos de costura e outros);
  - Serviços de reparações domésticas (canalizações, etc.);
  
- Segurança e vigilância – engloba os serviços que procuram responder às necessidades de segurança e vigilância de pessoas e bens;
  
- Transporte – inclui serviços de transporte de crianças, idosos e pessoas portadoras de deficiência para escolas, centros de ocupação, centros de fisioterapia, bem como transporte de bens.
  
- Ordenamento e revalorização dos espaços públicos urbanos – arranjo e manutenção de jardins, bairros ou habitações privadas;
  
- Valorização e desenvolvimento do património e da cultura locais - grupo de actividades que revalorizam a cozinha e doçarias regionais, bem como o artesanato ou formas alternativas como o turismo rural;
  
- Ambiente – actividades relacionadas com a protecção e defesa do ambiente (gestão local de lixo, reciclagem). (PIMENTEL & MESQUITA, 2003)

Com a evolução das condições de vida houve um aumento da procura destes serviços e também o aparecimento de outros, na medida em que as necessidades por satisfazer são, de dia para dia, mais diversificadas, exigindo respostas cada vez mais inovadoras.

O apoio pessoal e social é, sem dúvida, a área mais importante e fundamental dos serviços de proximidade, na medida em que responde a necessidades básicas das pessoas.

Os serviços de proximidade têm tido grande crescimento nos países desenvolvidos e decorrem das exigências de qualidade de vida, que levam ao aparecimento de novas necessidades, cuja satisfação contribui para o crescente bem-estar das pessoas. (PIMENTEL & MESQUITA, 2003)

Em Portugal, alguns serviços de proximidade, designadamente os serviços de apoio social, são prestados por instituições públicas ou por instituições de solidariedade (Centros Regionais de Segurança Social, Instituições Particulares de Solidariedade Social, Misericórdias, Cooperativas, Centros Sociais e Paróquias, etc.) bem como por entidades particulares, com ou sem fins lucrativos.

Os serviços de proximidade que respondem a necessidades mais genéricas das famílias e das comunidades locais (serviços diversos prestados ao domicílio, serviços de segurança e vigilância, entre outros) têm sido assegurados, principalmente, por empresas para a prestação. Por vezes estes serviços são assegurados por pessoas particulares, em nome individual, trabalhando por conta própria. (PIMENTEL & MESQUITA, 2003)

Este conjunto de serviços é prestado no domicílio habitual de vida do cliente, contribuindo para a promoção da sua autonomia e prevenção de situações de dependência ou do seu agravamento.

Devido ao envelhecimento progressivo da população, ocorrem com maior frequência situações de vulnerabilidade física e psíquica, que possibilitam o aparecimento de situações patológicas crónicas, as quais originam, na maioria dos casos, dependência dentro de limites nem sempre controláveis pelo próprio e ou pelo seu agregado familiar, como é o caso das demências. De ressaltar que a situação de dependência pode ocorrer em qualquer outro grupo de idade, podendo igualmente necessitar deste tipo de resposta social.

As diferentes alterações que se têm verificado na sociedade actual, sobretudo ao nível da composição e funções do grupo familiar, da solidariedade intergeracional e social e da insuficiência de respostas adequadas ao controlo das situações de dependência, permitem verificar que grande número de pessoas em situação de dependência continua a encontrar no serviço de apoio domiciliário uma resposta que contribui para colmatar algumas das dificuldades com que elas próprias e ou o seu agregado familiar se debatem quotidianamente.

Ao instituir-se legalmente a resposta social do serviço de apoio domiciliário, no âmbito de medidas de política destinadas à população em situação de dependência, procurou-se que a mesma possibilitasse uma oferta de serviços diversificada, cujo acesso correspondesse à concretização de direitos de cidadania. (PIMENTEL & MESQUITA, 2003)

Os serviços que os clientes do serviço de apoio domiciliário solicitam têm vindo a sofrer alterações, na medida em que as situações de dependência pela sua complexidade afectam, na maioria dos casos, várias dimensões da pessoa, exigindo em muitos casos o estabelecimento de parcerias que capacitem esta resposta social para a concretização do seu objectivo.

O número crescente de pessoas mais velhas vulneráveis, o número significativo de pessoas mais jovens em situação de dependência por diversas causas, o número restrito de familiares que possam assegurar os cuidados necessários e o retardamento o mais possível da institucionalização da pessoa, levam à necessidade crescente de implementação e desenvolvimento do serviço de apoio domiciliário, de forma a que a pessoa tenha, cada vez mais, a possibilidade de seleccionar esta resposta social, garantindo-lhe a satisfação das suas necessidades com qualidade de vida. (PIMENTEL & MESQUITA, 2003)

Esta resposta é considerada por muitas pessoas em situação de dependência como uma forma de continuarem inseridas no seu meio habitual de vida, rodeadas dos seus afectos e pertences, com possibilidade de novos relacionamentos facultados pelos colaboradores, incluindo voluntários que se deslocam ao domicílio, podendo constituir para muitas dessas pessoas o único elo de ligação com o exterior, donde a qualidade da intervenção dever ser uma exigência a ter em conta permanentemente na gestão desta resposta social.

Para que haja um aproveitamento das sinergias desenvolvidas no contexto do serviço de apoio domiciliário, é necessário um conjunto de critérios de qualidade, de que se destacam os seguintes:

“• Ter em consideração o superior interesse das pessoas em situação de dependência, especialmente quando se planifica o trabalho, o que exige uma articulação muito próxima com os clientes, pessoas próximas dos mesmos e entidades parceiras. Há que estabelecer uma parceria forte com o cliente e pessoa próxima, a fim de recolher a informação necessária sobre as necessidades, expectativas, capacidades e competências, com a finalidade de se poder delinear o plano de desenvolvimento individual.

- Desenvolver os cuidados ao nível da qualidade das relações que o cliente vai estabelecer com os colaboradores do serviço de apoio domiciliário e entidades parceiras.

- Reconhecer que todos os clientes necessitam de se sentir incluídos, de ter um sentimento de pertença, de se sentir valorizados e importantes para aderir ao processo de cuidados. Este sentimento é possível de ser construído através do respeito mútuo e através de relações afectivas calorosas e recíprocas entre o cliente, colaborador de referência e os cuidadores.

- Compreender a individualidade e personalidade de cada cliente, de forma a criar um ambiente que facilite a interacção, a criatividade e a resolução de problemas por parte dos clientes. Só desta forma o cliente se pode sentir bem no âmbito dos cuidados a prestar pelo serviço de apoio domiciliário, se os mesmos tiverem em conta a sua maneira de ser e estar. Isto implica:

- Pensar o cliente como um ser afectivo e activo que gosta de ser respeitado na sua maneira de ser e estar;

- Criar um ambiente calmo, flexível e responsável que possa ser adaptado aos interesses e necessidades de cada cliente, promovendo o acesso a um leque de oportunidades de escolhas e que lhe permita continuar o seu desenvolvimento individual, de forma confiante e com iniciativa;
- Estabelecer relações que encorajem o cliente a participar de forma activa nas actividades seleccionadas para a prestação de cuidados, de entre as disponíveis internamente;
- Criar condições para a continuidade das acções que forem escolhidas pelo cliente ou proporcionar oportunidade de acesso a actividades desenvolvidas por entidades externas;
- Dinamizar acções que proporcionem oportunidades para que o cliente possa comunicar os seus sentimentos e pensamentos (por exemplo, através da possibilidade de estar sozinho com o colaborador de referência).

Em síntese, os objectivos da resposta social Serviço de Apoio Domiciliário visam proporcionar o bem estar e o desenvolvimento individual dos clientes, num clima de segurança afectiva, física e psíquica, durante o tempo de utilização da resposta social, através de um atendimento individualizado e personalizado, da colaboração estreita com a(s) pessoa(s) próxima(s), quando existente e desejável pelo cliente, numa partilha de responsabilidades em todo o processo de acompanhamento.” (VVAA, 2005, p. 2)

## **2. Serviço de apoio domiciliário: aspectos gerais**

De acordo com o DL nº 62/99, de 12/11/1999, o serviço de apoio domiciliário é uma “resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou as actividades da vida diária”. Assim, entende-se por S.A.D a disponibilização de serviços necessários a pessoas dependentes, que não podem ser prestados de forma adequada pela família ou pelos amigos, e que lhes permitem permanecer em suas casas.

Na sua diversidade, este tipo de serviços procura atingir os seguintes objectivos: “Promover a autonomia, evitar/retardar a dependência; Apoiar nas actividades de vida diária; Promover estilos de vida saudáveis; Prestar cuidados de saúde; Melhorar as condições de habitabilidade; Evitar o desenraizamento/manter laços; Combater o isolamento e a solidão; Fomentar a solidariedade;” (FERREIRA, 2004, p.19)

O S.A.D visa a prevenção e vigilância, mantendo uma vida autónoma num ambiente próprio e familiar, prevendo o complemento ou substituição do apoio da família, isto através do alívio da família das tarefas desgastantes que perturbam a sua rotina. O que tem o benefício indirecto de dar



oportunidade à família de estimar melhor o idoso. Estas funções procuram evitar os serviços de internamento (que será o último recurso), pois o internamento é a alternativa ao apoio no domicílio. (FERREIRA, 2004, p.19)

### **3. O serviço de apoio domiciliário no quadro dos direitos sociais**

Os direitos sociais encontram-se protegidos e regulamentados, a nível nacional, comunitário e internacional. As normas internacionais garantem os princípios básicos de solidariedade social e têm carácter de enquadramento. A nível comunitário não existem normas, apenas recomendações. Recomendações essas relativas à dependência (Recomendação nº R(98)9 da Comissão dos Ministros aos Estados membros), que é particularmente importante, uma vez que enuncia princípios e medidas. (FERREIRA, 2004)

#### **3.1. Ordem internacional**

Quanto aos direitos sociais na ordem internacional, com aplicação específica no apoio no domicílio, encontra-se o seguinte:

##### **Nações Unidas:**

“Pacto Internacional dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais – define a posição do Comité de Vigilância para reduzir a particular vulnerabilidade dos idosos através:

- da protecção da família, com a criação de serviços sociais que a apoiem, quando existem pessoas idosas no agregado familiar;
- da aplicação de medidas destinadas às famílias que desejam manter em casa as pessoas de idade avançada, garantindo um nível de vida adequado, através do acesso a um conjunto de bens e serviços essenciais ao seu bem estar;
- da criação de políticas de saúde destinadas a preservar a saúde física e mental dos idosos;
- do direito à educação e à cultura (na óptica de beneficiário e promotor);” (FERREIRA, 2004, p.38)

##### **União Europeia:**

Comité de Protecção Social - tem como objectivo geral a solidariedade, a equidade e a universalidade dos cuidados a prestar. Em alguns países europeus, o serviço de apoio domiciliário responde a dois tipos de preocupação: necessidades das pessoas com perda de autonomia; e necessidades de inserção profissional de grupos mais desfavorecidos.

Relacionado com estas preocupações, existe uma recomendação comunitária relativa à dependência (Recomendação nºR(98)9) que se refere à sensibilização da opinião pública e à acção política e legislativa para os problemas da dependência, visando a prevenção e a redução da dependência e do apoio aos dependentes, respeitando as escolhas e opiniões dos mesmos com vista a uma vida com qualidade. Esta recomendação procura encorajar a manutenção no domicílio, através da promoção e apoio da acessibilidade e também oferecendo serviços no domicílio numa abordagem

multidisciplinar. A Recomendação nºR(98)9 realça a importância para o reconhecimento do papel dos prestadores informais, já que devem ser apoiados e formados especificamente, no quadro de uma legislação laboral adequada. (FERREIRA, 2004)

### **3.2. Legislação nacional**

A legislação nacional reconhece obrigações sociais à família, à comunidade e ao Estado, e sobre o apoio no domicílio tem quatro vectores essenciais na sua regulamentação: 1º- o licenciamento e fiscalização; 2º- as condições de implantação, localização e funcionamento; 3º- os requisitos da actividade de ajudante familiar; 4º- a rede de cuidados continuados de saúde. Inclui normas sobre:

- a criação e desenvolvimento de serviços de apoio no domicílio;
- a garantia de acesso a cuidados continuados de saúde e acção social;
- a garantia de recursos humanos e de infra-estruturas adequadas (com o estabelecimento das funções, o perfil, a formação e os critérios de selecção das ajudantes familiares);
- a integração dos cuidados de saúde (apoio à doença) e da acção social (apoio à dependência), com equipas pluridisciplinares;
- a integração dos cuidados de saúde no domicilio numa rede de cuidados continuados;
- a participação dos utilizadores no seu plano de cuidados;
- a prevenção e promoção da autonomia;
- a formação e criação de emprego no sector;
- os critérios de idoneidade, licenciamento e fiscalização dos operadores.” (FERREIRA, 2004, p. 36)

A legislação nacional do sector a maioria das normas é meramente indicativa, não conferindo obrigatoriedade ou estabelecendo prazos. Tal enquadramento apresenta fragilidades evidentes, nomeadamente no que respeita aos seguintes aspectos:

- “ ausência de conceito unívoco de apoio domiciliário;
- pulverização de normativas sem linha de evolução legislativa, com âmbitos de aplicação sobrepostos e lacunas;
- diversidade e pouco rigor na definição de critérios de selecção e das condições para o exercício das funções de ajudante familiar;
- multiplicidade de destinatários do apoio e ausência de uma rigorosa determinação do seu leque;
- diversidade na determinação das condições de funcionamento das estruturas prestadoras de serviços;
- ausência da definição de um estatuto do cliente do apoio domiciliário;
- ausência da definição de um estatuto jurídico e profissional dos prestadores de cuidados;” (GUIMARÃES in FERREIRA, 2004, p. 37)

Para melhor constatar tal realidade, segue-se um quadro onde é apresentado o enquadramento normativo nacional do S.A.D.

**Figura 5:** Enquadramento normativo do S.A.D em Portugal

<b>Domínio e Fontes</b>	<b>Data</b>	<b>Conteúdo</b>
<b>Domínio Nacional</b> Constituição da República Portuguesa	1976	Lei Fundamental: Reconhece a especial vulnerabilidade da população idosa e coloca-a como sujeito passivo de uma obrigação social da família, da comunidade e do Estado, reconhecendo a sua inferioridade no contexto social e a necessidade de uma intervenção paliativa por parte do Estado.
<b>Enquadramento do sector:</b> Despacho Conjunto nº 407/98 a 15/5  Portaria nº 250/99 a 8/4  Resolução do CM nº 59/2002 a 22/3  DL nº281/2003 a 8/11	1998  1999  2002  2003	Cria respostas integradas para possibilitar a intervenção articulada da saúde e da acção social, destacando-se o apoio domiciliário integrado.  Regula e cria o Programa Ajuda (limitado à região do Alentejo) para criação de um mercado local de serviços domiciliários à comunidade, incentivando simultaneamente a formação e a criação de emprego neste domínio.  Cria a “Rede Mais” para garantir o acesso a cuidados continuados integrados nas áreas da saúde e do apoio social, incluindo o apoio domiciliário integrado.  Cria a Rede de Cuidados Continuados de Saúde para assegurar continuidade da prestação de cuidados de saúde, incluindo Unidades Móveis Domiciliárias.
<b>Ao nível das infra-estruturas:</b> DL nº 133-A/97 a 30/5  Despacho Normativo nº62/99 a 12/11	1997  1999	Regulamenta os estabelecimentos e serviços privados em que sejam exercidas actividades de apoio social do âmbito da segurança Social, nomeadamente através de serviços de apoio domiciliário.  Estabelece as condições a que devem obedecer a instalação e funcionamento dos serviços de apoio domiciliário.
<b>Ao nível dos recursos humanos:</b> DL nº 141/89 a 28/4  Despacho Conjunto 360/99 a 28/4	1989  1999	Estabelece o quadro legal de referência para as ajudantes familiares, pessoas que exercem a actividade de apoio no domicílio.  Cria um grupo de trabalho com o objectivo de estudar e propor medidas de incentivo das prestações de cuidados no domicílio a pessoas idosas ou outras em situação de dependência, transitória ou permanente.

Fonte: FERREIRA, 2004, p.39-40

#### 4. Conceptualização do cuidar

“Cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é, igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais”. (COLLIÈRE, 1989, p. 234)

Esta reciprocidade sucede por ocasião de determinadas situações da vida, em que existe uma baixa autonomia (por exemplo: infância) ou perda da autonomia, como no caso de doença ou envelhecimento. Este facto tem consequências diferentes conforme a idade, o motivo e a capacidade de lidar com a situação de dependência.

Em qualquer uma das situações, é necessário recorrer à ajuda para assegurar a conservação da própria vida. Ajuda essa que varia consoante cada caso e que pode ser facultada pela família, amigos, ou por outros (profissionais da área da saúde ou da acção social).

Mediante a natureza dos tipos de cuidados, podemos identificar dois tipos:

- os **cuidados quotidianos**, a que os ingleses chamam “the care”, centrados na manutenção, continuidade de vida, e que são um conjunto de actividades que visam assegurar a continuidade de vida como: beber, comer, lavar-se, evacuar, mobilizar-se. A prestação deste tipo de cuidados possibilita o desenvolvimento da pessoa, mantendo a sua auto-imagem e permitindo a relação com tudo e com todos;
- os **cuidados de reparação**, “the cure” segundo os ingleses, ligados à necessidade de reparar o que constitui obstáculo à vida; têm como objectivo combater a doença, isto é, atacar as suas causas. (COLLIÈRE, 1989)

Destes dois tipos de cuidados, verifica-se que na sociedade ocidental há uma maior predominância dos cuidados de reparação, em relação aos cuidados quotidianos. Isto deve-se ao facto de os cuidados se orientarem cada vez mais para as doenças, afastando-se das causas sócio-económicas, numa perspectiva biomédica. (ABRANTES, 2003)

O cuidar centra-se na acção sobre o cliente como sujeito de cuidados, numa perspectiva biopsicossocial, isto é, contempla não só os aspectos relacionais com a pessoa alvo de cuidados como também do seu meio ambiente. (RIBEIRO, 1995)

O acto de cuidar, tem de ser entendido como um processo interactivo, uma vez que tem como base a relação interpessoal, relação essencial para o ser humano. A relação de quem cuida expressa o cuidar, situando-se na interacção, de acordo com a intenção que os seus intervenientes lhe quiserem

atribuir. Dentro desta filosofia, o cuidar, por parte de quem cuida, exige competências de “saber estar”, “saber ser” e de “saber fazer”.

Desde as sociedades primitivas que é reconhecido o papel de cuidadora à mulher, no caso em que os cuidados prestados representam a resposta às necessidades básicas indispensáveis à sobrevivência. A tarefa de cuidar das crianças, dos velhos e dos doentes era da responsabilidade da família e sobretudo da mulher. Com a entrada da mulher no mundo do trabalho profissional, há uma maior dispersão de tarefas, havendo a necessidade de as dividir. Porém, hoje em dia, o papel de cuidador continua a ser predominantemente representado por mulheres. Verificamos isso, olhando para as estruturas sociais em que a maioria dos trabalhadores são mulheres (jardins de infância, instituições de apoio domiciliário, centros de dia, lares, hospitais, centros de saúde e outros).

Os cuidados gerontológicos têm como objecto os idosos, já que são um dos grupos alvo das actividades de cuidar. Assim, os cuidados gerontológicos têm como fim empregar todos os conhecimentos sobre o processo de envelhecimento a fim de identificar os cuidados e os serviços que visam a saúde, a longevidade e a autonomia do idoso. (BERGER, 1995)

Os cuidados gerontológicos baseiam-se em alguns postulados:

- os idosos representam um grupo heterogéneo com estilos de vida e necessidades variadas;
- os idosos devem ser livres de escolher como e onde querem viver;
- a maioria dos idosos é, em geral, saudável;
- a maioria dos idosos é membro activo da sociedade e deseja continuar a sê-lo;
- o potencial de uma pessoa não está ligado à sua idade cronológica;
- as necessidades de saúde e as necessidades de serviços sociais variam muito entre os “jovens idosos” e os “velhos idosos” e também entre os homens idosos e as mulheres idosas;
- a manutenção da autonomia da pessoa idosa está mais ligada a factores sócio-económicos que a serviços profissionais.” (GUNTER in ABRANTES, 2003, p. 37-38)

Através destes postulados, os cuidados gerontológicos pretendem atingir, essencialmente, três objectivos: “ajudar o idoso a compreender o envelhecimento e a distinguir os aspectos normais e patológicos; ajudar o idoso a controlar os processos de envelhecimento através de interacções que visem a promoção da saúde, a conservação da energia e a qualidade de vida; e ajudar o idoso a solucionar os problemas patológicos que por vezes acompanham o envelhecimento.” (ABRANTES, 2003, p. 38)

Para que estes objectivos sejam atingidos, é necessário que o acto/modelo de cuidar esteja centrado na pessoa, como sujeito do cuidado, numa perspectiva holística. Perspectiva essa, presente quer na acção do cuidador, quer na relação deste com o idoso, quer ainda com a valorização da relação

interpessoal e o respeito pelo individualismo da pessoa humana, possibilitando um planeamento dos cuidados de acordo com as necessidades de quem é cuidado. (ABRANTES, 2003)

A fundamentação do acto de cuidar liga-se directamente ao actual conceito de saúde; podemos constatar, que o conceito de saúde deve ser entendido num sentido mais lato. Segundo Larousse (1997), saúde deve ser entendida como o estado daquele que está bem e que se sente bem. Berger (1995) refere que o conceito de saúde não significa apenas não estar doente. A saúde é, pois, um estado positivo no que respeita à saúde física, ao equilíbrio mental e à vida social de um indivíduo, abrangendo uma noção de bem-estar e de desenvolvimento pessoal, bem como valores de identidade, liberdade, participação e utilidade. (ABRANTES, 2003)

A resposta que o serviço de apoio domiciliário promove vai ao encontro dos princípios gerontológicos, já que visa manter o idoso no seu domicílio, sendo algo sentido como necessário para a qualidade de vida do mesmo. Por um lado, previne o desenraizamento da pessoa em relação à sua família e amigos, contribuindo para a sua qualidade de vida e, por outro, é uma medida que permite envolver a família na prestação de cuidados ao seu idoso, tornando-se uma resposta mais económica a nível da política social.

Essa intervenção tem que juntar cuidados de saúde e cuidados sociais, em redes locais interinstitucionais e interpessoais. As próprias pessoas idosas devem, se assim o desejarem, ser capacitadas para se tornarem agentes de apoio a dependentes. Através da criação de grupos voluntários, onde a formação, o acompanhamento, a orientação técnica e a dinamização devem ser feitos por diferentes técnicos e serviços.

### **Síntese do Capítulo**

Neste capítulo, primeiramente, enquadra-se a resposta social do apoio domiciliário no quadro dos diferentes serviços de proximidade.

Seguidamente, indicam-se os seus objectivos, funções e critérios de qualidade, tal como o quadro legal a nível internacional e nacional que regula este tipo de serviço de proximidade.

Por fim, é feita uma contextualização do conceito de cuidar, uma vez que se trata de um acto intrínseco à resposta social que configura o apoio domiciliário aos idosos.

---

## Parte II – O projecto e os resultados

---



---

## Capítulo IV – Opções metodológicas

---

## Capítulo IV – Opções metodológicas

### 1. Metodologia

Nas ciências sociais encontramos uma diversidade de métodos e propósitos de investigação social em que uma abordagem metodológica é essencial não só para justificar, identificar o objecto de estudo como também para identificar as próprias técnicas utilizadas no estudo.

Uma investigação social só pode ser considerada completa se tiver uma abordagem metodológica assim como uma componente teórica, pois toda a pesquisa é dependente da teoria e nenhuma pesquisa é 100% empírica. A teoria, pela sua capacidade de definir padrões e dar significados aos tipos de observações que são usualmente executadas pelos investigadores sociais quando estudam as sociedades e culturas, acrescenta novos factos à investigação. (MOREIRA, 1994)

### 2. Formulação do problema de pesquisa

#### 2.1. Delimitação dos objectivos

O objectivo da investigação é caracterizar os clientes (a escolha da terminologia de cliente em detrimento da de utente tem como base as novas indicações da segurança social) do serviço de apoio domiciliário<sup>1</sup> da Santa Casa da Misericórdia de Peniche e saber qual o contributo do serviço no aumento da qualidade<sup>2</sup> de vida dos mesmos, nomeadamente através de uma análise da percepção e das práticas observáveis – dos clientes, das ajudantes familiares e do responsável da instituição.

#### 2.2. Justificação do estudo

O estudo vem no sentido de melhor compreender a dinâmica do serviço de apoio domiciliário e o papel do mesmo no aumento da qualidade de vida dos seus clientes. É uma investigação que tenta permitir uma melhor análise da acção e da possível adopção de novos métodos de intervenção de forma a conseguir uma maior eficácia e qualidade.

---

<sup>1</sup> - “Prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a indivíduos e famílias, quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades e/ou actividades da vida diária”. (LEMOS, Manuel de (Coor), 2000, p. 21)

<sup>2</sup> - A totalidade das características de um produto ou serviço que determinam a sua opinião para satisfazer uma dada necessidade. (VVAA, 2005)

### **2.3. Questões de investigação**

De acordo com o objectivo e justificação do estudo em causa, levantaram-se algumas questões, tais como:

- O que caracteriza o grupo de clientes do S.A.D da Santa Casa da Misericórdia de Peniche?
- Qual a opinião dos clientes do S.A.D sobre o mesmo?
- Será que as necessidades percebidas pelos clientes são coincidentes com as das ajudantes familiares e com as do responsável pela instituição?
- Qual o contributo do S.A.D na qualidade de vida dos clientes?
- Qual o papel do S.A.D na vida dos clientes?

## **3. Metodologia adoptada**

### **3.1. Tipo de estudo**

Para o desenvolvimento deste estudo, e de acordo com os objectivos definidos, utilizaremos o estudo de caso. Estudo de caso “consiste numa investigação aprofundada de um indivíduo, de uma família, de um grupo ou de uma organização” (FORTIN, 1996, p. 164), ou segundo Yin, citado por Carmo & Ferreira (1998, p. 216), “é uma abordagem empírica que focaliza a investigação no seu contexto real, de um fenómeno actual e cujo principal objectivo é a explicação dos fenómenos”.

### **3.2. Universo de estudo**

O universo deste estudo é constituído por todos os clientes do serviço de apoio domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Peniche, o que perfaz um total de 75 clientes, à data de 3 de Março de 2008.

### **3.3. Amostra**

Atendendo ao universo alvo do estudo, optou-se pela técnica de amostragem não probabilística. Deste modo, a selecção deu-se de acordo com diferentes critérios tidos importantes para a investigação. (CARMO & FERREIRA, 1998, p. 192) Para tal, foram efectuados os seguintes passos:

- definição da população;
- definição dos critérios de selecção da amostra;
- determinação da dimensão da amostra;

Em relação ao primeiro passo, já foi identificado no ponto anterior; os critérios definidos para selecção da amostra foram os seguintes:

- residentes no concelho de Peniche;
- no mínimo com seis meses no S.A.D;
- com o mínimo de cinco vezes por semana de apoio domiciliário;
- com condições psíquicas e comunicacionais para a aplicação dos instrumentos de recolha de dados.

Saliente-se que, neste último critério, a avaliação da capacidade de comunicar do cliente foi realizada através da verbalização, e o estado psíquico pela coerência do discurso. Esta avaliação realizou-se

sem aplicação de escalas de avaliação. Foi conjuntamente com as ajudantes familiares e a técnica de serviço social que se procedeu á selecção, uma vez que são informadores qualificados já que diariamente contactam com os clientes.

Nesta primeira selecção, verificou-se:

**Tabela nº1**

<b>Critérios de exclusão:</b>	Há menos de 6 meses no S.A.D	Sem capacidades psíquicas e comunicacionais	Com menos de 5 vezes por semana de S.A.D	<b>Total</b>
<b>Número de Clientes</b>	14	17	6	37

Assim, constituímos uma amostra de 37 clientes, porém atendendo à limitação do tempo e ao facto de se tratar de uma amostra heterogénea a nível de faixas etárias, optou-se por dividir estes 37 clientes em grupos segundo a sua faixa etária; desta forma, chegou-se a três grandes faixas etárias (menos de 65 anos de idade, 11 clientes; entre 65 e 75 anos de idade, 5 clientes; e 22 clientes com mais de 75 anos de idade).

Após esta divisão por faixas etárias, detectou-se que estes grupos eram entre eles bastante desiguais quanto ao número de elementos e, por este motivo, foram formados grupos com cinco elementos cada, isto porque a faixa etária de entre os 65 e 75 anos de idade tem apenas cinco elementos. E os critérios de selecção de clientes foram:

- o maior tempo de permanência no S.A.D;
- o maior número de serviços que o cliente beneficia do S.A.D;
- a facilidade de contacto com os clientes;
- a relação de confiança já estabelecida com os clientes;

Com a aplicação deste procedimento foram seleccionados quinze clientes distribuídos pelas três faixas etárias.

### **3.4. Métodos de observação indirecta**

Os métodos de observação indirecta utilizados neste estudo foram a técnica de observação de documentação escrita, tal como em suporte informático, designadamente, bases dados em cd-rom e Internet.

Seguidamente elaborou-se uma ficha de recolha de dados com o objectivo de auxiliar a recolha e tratamento de dados a partir dos documentos existentes. Este instrumento foi construído com base na pesquisa documental realizada na Santa Casa da Misericórdia de Peniche, nomeadamente, aos processos dos clientes do S.A.D.

A construção desta ficha teve como base a informação contida no processo respeitante ao pedido de apoio no domicílio que cada cliente preenche ao ser admitido no S.A.D. Esta ficha de recolha de dados permitiu a caracterização individual e familiar dos 37 clientes seleccionados. Assim, foram colhidas as seguintes informações: estado civil; agregado familiar; grau de dependência; existência de deficiência; existência de doença crónica; condições habitacionais; nível de instrução; actividade profissional, situação económica; identificação de quem solicitou o S.A.D; identificação de quem contactar em caso de necessidade urgente e, por fim, identificação dos serviços de apoio domiciliário prestados.

### **3.5. Métodos de observação directa**

#### **3.5.1. Inquérito por entrevista**

O inquérito por entrevista caracteriza-se pela interacção directa, com o objectivo de “(...) abrir a área livre dos dois interlocutores no que respeita à matéria da entrevista, reduzindo por consequência a área secreta do entrevistado e a área cega do entrevistador.” (CARMO & FERREIRA, 1998, p. 126)

Foi atendendo a estas características e à natureza do próprio estudo que se optou por construir dois diferentes guiões de entrevista, de acordo com os seus destinatários, com o objectivo comum de recolher as suas percepções sobre o S.A.D da SCMP. Desta forma, realizaram-se:

- Inquérito por entrevista às ajudantes familiares

A construção deste instrumento foi efectuada com base na bibliografia consultada e em inquéritos utilizados em pesquisas no âmbito da temática em análise. O inquérito é composto por:

- questões directivas / fechadas, como: idade, estado civil, habilitações literárias, existência de familiares idosos, formação, dificuldades enquanto ajudante familiar, consideração do S.A.D como um serviço que preenche as necessidades dos clientes e que foi factor de melhoria da qualidade de vida, quais as necessidades em matéria de S.A.D e da comunidade para aumentar a qualidade de vida dos clientes.
- questões abertas: motivação para escolha desta profissão, qual a parte do trabalho que mais gosta, de que forma é que o S.A.D melhorou a qualidade de vida dos seus clientes.

Na sua construção, mesmo nas questões fechadas, existe um campo que prevê outras respostas (exemplo: outra situação). Este instrumento possibilita ao entrevistador anotar algumas observações pertinentes que surjam durante a aplicação do inquérito. Quanto ao local da sua aplicação, esta desenvolveu-se nas instalações da SCMP. Foram efectuadas individualmente no período de três semanas, a um total de doze ajudantes familiares (um não foi alvo do estudo, porque se encontra em baixa médica há um ano e meio).

- Inquérito por entrevista aos clientes do S.A.D da SCMP

Pela análise da literatura constatamos que existem algumas variáveis que podem influenciar a qualidade de vida das pessoas idosas, como sejam os rendimentos, a saúde, a actividade, entre outras. Também, e de acordo com a revisão da literatura, verificamos que alguns processos mediadores, como seja a presença ou ausência de contactos sociais, a disponibilidade ou indisponibilidade familiar, o viver só ou acompanhado, intervêm de forma significativa na percepção da qualidade de vida das pessoas idosas. É um facto que os idosos entre si nas suas motivações, nas suas crenças, na auto-estima, e que estas diferenças podem condicionar a percepção da sua qualidade de vida. (HORTELÃO, 2003, p.108-109)

Atendendo que a percepção da qualidade de vida é uma das principais variáveis dependentes nesta investigação, uma variável multidimensional, não podemos falar dum consenso quanto à sua definição, pois esta assume vários aspectos, tais como a capacidade e habilidade funcional, o bem-estar psicológico e as interações sociais. A forma de avaliar esta variável foi recorrer-se a um instrumento já desenvolvido e com uma validade reconhecida: o EASYcare.

O EASYcare é um instrumento de avaliação rápida do bem-estar físico, mental e social de uma pessoa idosa (de idade igual ou superior a 75 anos). É um instrumento que efectua a caracterização com base em 26 variáveis (enunciadas no capítulo II – Qualidade e Envelhecimento, ponto 5 – EASYcare). Procura através delas uma descrição global das necessidades do idoso. Concentra-se mais na qualidade de vida do que na doença e reconhece o papel dos familiares que dele cuida. O EASYcare divide-se em várias partes, porém iremos discriminar apenas aquelas que foram utilizadas no presente estudo:

- as questões 1 a 4 referem-se à incapacidade física; as questões 5 a 7 referem-se à qualidade de vida percebida pelo sujeito; as questões 8 a 13 dizem respeito à área funcional, as questões 14 a 19 estão relacionadas com a mobilidade; aos cuidados pessoais dizem respeito as questões 20,21 e 22; as questões 23 e 24 destinam-se ao controlo esfinteriano; as questões 25 a 28 reportam-se à escala geriátrica da depressão.

Os resultados obtêm-se através da soma das pontuações da questão 8 à questão 24. A pontuação é de zero a cem pontos. A pontuação máxima para incapacidade é de cem, isto é, as pontuações mais elevadas significam maior incapacidade.

Saliente-se que a autorização do uso do EASYcare neste trabalho foi cedida pela entidade responsável em Portugal e encontra-se em anexo.

O inquérito por entrevista aplicado aos clientes do S.A.D da SCMP, organiza-se em duas partes:

1ª Parte - aplicação do EASYcare;

2ª Parte – foi feita uma entrevista com o objectivo de colher informações sobre a opinião e atitudes dos clientes sobre o S.A.D, pois esta constitui uma outra variável dependente vital neste estudo. Consequentemente, organiza-se com a seguinte estrutura:

- Quatro questões referentes à rede de apoio e sociabilidade do cliente: 1. tem contactos com a sua família (todos os dias...nunca); 2. Costuma, relativamente à sua família, amigos ou outras pessoas (fazer visitas, receber visitas, ...); 3. Considera estar vezes suficientes com a família e amigos (sim, não,); 3.1 Porquê (questão aberta); 4. Com quem costuma mais contactar no seu dia-a-dia;

- Quanto à caracterização das atitudes perante o S.A.D – práticas e opiniões, há as seguintes questões: 5. Já usufruiu de S.A.D por parte de outra instituição (sim; não); 6. Tem algum familiar ou pessoa próxima a usufruir S.A.D na mesma instituição (sim, não); 6.1 Quem (cônjuge...irmão); 7. Qual a principal razão porque solicitou o S.A.D (insuficiência económica...por estar sozinho); 8. Antes de ter o apoio domiciliário como fazia (questão aberta); 9. Que valências do S.A.D usufrui (almoço...outra); 10. Se usufrui da valência de cuidados e higiene pessoal este é realizado (as vezes que gostaria e com cuidado...não usufrui); 11. Se usufrui do S.A.D para o tratamento de roupa, esta é (sempre bem lavada e passada...não usufrui); 12. Se usufrui de fornecimento de refeição, esta é: 12.1 quanto à confecção (bem confeccionada... não usufrui); 12.2 quanto à quantidade (bem servida...não usufrui); 12.3 Quanto á ementa (variada...não usufrui), 12.4 Quanto ás dietas e gostos (respeitam os meus gostos e dietas...não usufrui); 13. Quanto á acção das ajudantes familiares, elas são (muito simpáticas...nada atentas aos problemas); 13.1 E porquê (questão aberta); 14. Considera as ajudantes familiares (umas intrusas...a única companhia). 15. Está satisfeito com o apoio que lhe é prestado (muito...nada); 15.1 Qual a principal razão da sua satisfação ou insatisfação (diversas opções); 16. Tem alguma sugestão / recomendação a fazer sobre o modo de funcionamento ou do tipo de apoio que este serviço lhe presta (sim, não); 16.1 Se sim, que sugestão/ recomendação tem para o S.A.D (questão aberta).

Este instrumento de pesquisa foi aplicado a quinze clientes nas residências particulares dos próprios, uma vez que era um ambiente familiar e seguro.

### 3.5.2. Entrevista semi-estruturada

Para recolher dados acerca da percepção do responsável pela instituição sobre o S.A.D, entendeu-se que a entrevista semi-estruturada seria o melhor instrumento, pois permite uma recolha mais profunda, porém não livre, possui uma estrutura mais flexível, possibilitando alterar a ordem das questões previamente definidas e colocar novas questões. (GHIGLIONE & MATALON, 1997) Desta forma foi construído um guião de entrevista com os seguintes pontos a abordar:

- Função exercida;
- Tempo de experiência na Santa Casa da Misericórdia de Peniche;
- Caracterização do S.A.D;
- Principais problemas com que os idosos do S.A.D se confrontam;

- Obstáculos com que o S.A.D se depara;
- Em que medida o S.A.D contribui para a melhoria da qualidade de vida dos seus clientes;
- Projectos futuros.

O entrevistado foi o Provedor da SCMP, uma vez que representou a Mesa Administrativa. A entrevista teve a duração de cerca de 30 minutos, foi realizada nas instalações da própria instituição e foi autorizado o uso de gravador.

#### **4. Tratamento e análise dos dados**

Após a construção dos diferentes instrumentos, a realização dos pré-testes e sua aplicação, deu-se a recolha dos dados. Estes foram devidamente codificados, sendo atribuído um número, por forma garantir o anonimato dos elementos. A análise dos dados foi qualitativa ou quantitativa de acordo com a sua natureza.

Na análise quantitativa utilizou-se o SPSS 7.5 for Windows (Statistical Package for the Social Sciences). A opção recaiu sobre este suporte informático devido à natureza e variedade de variáveis implicadas e à sua relativa complexidade. Inicialmente realizou-se toda uma categorização de maneira a que a análise se processasse de forma mais objectiva e sistemática.

Desta forma, procedeu-se à análise de frequências e em alguns casos cruzamentos de variáveis. Não foram utilizados testes estatísticos nem análises mais sofisticadas, dado o carácter exploratório da pesquisa. Os resultados são apresentados em quadros com indicação das frequências. Assim, numa primeira fase, agrupamos os dados em tabelas determinando as frequências, médias, desvios-padrão. Posteriormente foram exploradas algumas correlações de variáveis.

Para o tratamento da entrevista semi-estruturada e para as questões abertas nos inquéritos por entrevista a técnica de análise de dados utilizada foi a análise de conteúdo. Uma vez que se trata “da desmontagem de um discurso e da produção de novo discurso através de um processo de localização – atribuição de traços de significação, resultado de uma relação dinâmica entre as condições de produção do discurso a analisar e as condições de produção de análise.” (VALA, 1986, p. 114)

#### **5. Questões éticas**

Foi pedida autorização de aplicação dos instrumentos de pesquisa aos diferentes inquiridos e à instituição para o uso das instalações. Quanto à questão da confidencialidade, esta é defendida por vários autores, como Ludke e André (1986), Gil (1989), e por este mesmo princípio informámos a instituição e os inquiridos sobre a forma como os dados seriam recolhidos e codificados, e como seriam reservados à investigação em curso.



## **6. Limitações do estudo**

Aquando do desenvolvimento do corrente estudo, pudemos detectar algumas limitações ao mesmo, nomeadamente:

- uma limitação temporal, pelo pouco tempo disponível para dedicarmos à sua realização;
- uma instabilidade da saúde da população alvo da investigação;
- a reduzida bibliografia existente sobre especificamente o serviço de apoio domiciliário;

### **Síntese do capítulo**

Neste presente capítulo procurou-se esclarecer os procedimentos e abordagem metodológica que a investigação adoptou.

Apresentámos e justificámos o porquê do uso de diferentes técnicas de pesquisa (tais como: pesquisa documental, inquérito por entrevista, entrevista semi-estruturada e outros elementos de pesquisa) que foram essenciais na construção do presente trabalho.

A apresentação dos objectivos, das fases de construção, organização, aplicação das técnicas exploradas, análise e tratamento dos dados recolhidos são expostos neste capítulo.

---

## Capítulo V – Contexto: Concelho de Peniche

---



## Capítulo V – Contexto: Concelho de Peniche

### 1. Dimensão geográfica

Geograficamente o concelho de Peniche é “limitado a poente pelo Atlântico [...], a norte e leste pelo concelho de Óbidos e a sul pelo da Lourinhã, [...] com uma parte continental - que abrange a maior superfície - e uma parte insular, formada pelo pequeno arquipélago das Berlengas. É uma zona litorânea que (...)”, (CALADO, 1994, p. 19) não ocupa mais, no continente, que uma área de cerca de 77,4 km<sup>2</sup>.

Esta localização faz da cidade de Peniche a cidade mais ocidental da Europa continental. Região onde a presença do mar se estende por cerca de 25 km, sendo factor condicionante do desenvolvimento deste concelho.

Dos 77,4 km<sup>2</sup> da área total do concelho de Peniche, 48.5% do território é área agrícola, 9.2% área florestal, 11.2% área urbana e a área afecta a outros fins representa 31.1%. No que toca à estrutura espacial do município, esta assenta num sistema muito desequilibrado, pois apesar da presença de pequenos aglomerados, é na sede do concelho que existe maior concentração do índice populacional. Esta situação acontece uma vez que não existe qualquer núcleo capaz de oferecer dinâmicas alternativas à cidade de Peniche. (DIAGNÓSTICO SOCIAL, 2004)

A análise do sistema urbano é essencialmente baseada numa classificação que divide o concelho em cinco sectores:

1) Faixa costeira sul entre a EN 247 e o mar - encontra-se subdividida por sectores e estes caracterizam-se essencialmente pela a exploração da terra, apenas um dos subsectores se encontra alvo de alguma pressão urbanística.

2) Bacia interior do rio de S. Domingos integrando todo o território entre a EN 114 e a EN 247 - tem como principal pólo a Bufarda, que era um território agrícola com pequenos núcleos com características predominantemente rurais. Porém, actualmente tal não acontece pelo impacto da presença da albufeira de S. Domingos e pelo IP6.

3) Zona das terras baixas integrando a bacia terminal do rio de S. Domingos e a bacia do rio de Ferrel, território delimitado pela EN 114 a sul e pelo CM 1407 e pela EM 578 a norte - constituído por solos de elevado valor agrícola, porém têm sido alvo de grande procura para urbanização.

4) Área predominantemente florestal delimitada a sul pelo CM 1407 e a norte pelo limite do concelho – é um sector de estrutura delicada e com acessos restritos, área onde se integra o Pinhal da Câmara.

5) Península de Peniche / Cabo Carvoeiro - é um sistema natural que tem levantado questões no que diz respeito ao equilíbrio entre as opções sobre o desenvolvimento urbano e as políticas de defesa e valorização do património natural. (DIAGNÓSTICO SOCIAL, 2004)

A partir de uma correlação directa entre o potencial demográfico de cada núcleo e a sua qualidade urbana (através dos seguintes indicadores: qualidade ambiental, equipamentos disponíveis, serviços e actividades instaladas) realizou-se a hierarquização dos aglomerados do concelho de Peniche. Assim chegou-se aos principais sistemas urbanos e para-urbanos, por ordem decrescente e até ao limite de 500 habitantes: Peniche, Ferrel, Atouguia da Baleia, Serra de El-Rei, Bufarda, Geraldês.

Para além destes existem, ainda, uma série de núcleos e lugares correspondentes a pequenas unidades rurais que, embora tenham como base a vida rural, apresentam já algumas funções ligadas ao apoio do turismo balnear, como é o caso de Casais do Baleal, Casal Moinho e Lugar da Estrada. (DIAGNÓSTICO SOCIAL DO CONCELHO DE PENICHE – PRIMEIRA APROXIMAÇÃO, 2000)

A cidade de Peniche é composta por três freguesias em que a população residente tem a seguinte distribuição: freguesia da Ajuda com 8660 indivíduos numa área de 4,7 km<sup>2</sup>; freguesia da Conceição com 4840 indivíduos numa área de 0,7 km<sup>2</sup> e por fim a freguesia de São Pedro com 2095 indivíduos numa área de 2,3 km<sup>2</sup>; o que perfaz um total 15 595 indivíduos. (INE, CENSOS 2001)

O centro histórico situa-se entre a Ribeira Velha e o Alto da Vila, sendo também o centro da cidade, devido à densidade de ocupação e ao elevado nível de equipamentos e serviços instalados. O crescimento da cidade de Peniche esteve sempre ligado à pesca e actividades conexas. De tal forma, que o primeiro registo de crescimento urbano nesta área correspondeu ao período áureo da pesca e das conservas, que originou um núcleo operário industrial que se situa na Prageira. Mais tarde, com a expansão do porto, esse crescimento tomou dimensões maiores e hoje é uma extensa zona portuário-industrial.

No que diz respeito à dinâmica urbana, esta é marcada pelo contraste entre dois tipos de crescimento: o da zona histórica já consolidada e o das áreas de expansão. As áreas de expansão localizam-se, essencialmente, na faixa da orla sul, com uso predominantemente habitacional, e na faixa do vale central (associada à antiga Estrada dos Remédios) constituída por grandes avenidas que fazem ligação à zona baixa da cidade.

## **2. Dimensão económica**

A economia municipal assenta na pesca, agro-pecuária, silvicultura, indústria alimentar, comércio retalhista, serviços privados e públicos e no turismo (restauração e hotelaria).

Representação do conjunto das profissões dominantes no concelho de Peniche:

- a produção industrial e o trabalho artesanal representam 23,9%;
- o pessoal do serviço de protecção e segurança, serviços pessoais e domésticos e trabalhadores similares figura nos 15,8%;
- os trabalhadores não qualificados da agricultura, indústria, comércio e serviços representam 15,4%;
- os trabalhadores da agricultura e da pesca 11,2%.

Mais especificamente no caso dos trabalhadores da produção industrial e artesãos, grupo profissional com maior representação, é de realçar a importância das actividades industriais associadas às pescas, como da congelação e da transformação do pescado. (INE, CENSOS 2001)

Podemos, de um modo lato, dizer que perante os resultados anteriormente referidos quanto à distribuição dos postos de trabalho estes realçam a influência da vocação piscatória e agrícola do município. Ao considerarmos a ligação de ambas as actividades às profissões dominantes, de forma indirecta, não só no caso dos trabalhadores da produção industrial e artesãos, mas também dos trabalhadores não qualificados da agricultura, indústria, comércio e serviços e, de forma directa, no caso dos trabalhadores da agricultura e das pescas, podemos, constatar que metade dos trabalhadores do concelho de Peniche tem uma profissão de alguma forma relacionada com a agricultura ou com a pesca, porém mais com a pesca.

Futuramente podem acontecer significativas transformações, pois encontram-se em estudo a probabilidade de haver fontes de energia não renovável nas águas ao largo de Peniche, podendo dar-se a exploração de petróleo dentro de poucos anos.

### 3. Dimensão sócio-demográfica

Segundo dados dos Censos de 2001, o conjunto da população residente no concelho de Peniche está avaliado em 27.316 habitantes e distribui-se de uma forma quase equitativa pelos dois sexos: 13.938 são do sexo feminino e 13.377, do sexo masculino. Assim, conforme o indicador da relação de masculinidade há 96 homens por cada 100 mulheres. (INE, CENSOS 2001)

**Tabela nº2**

Evolução da estrutura de género da população residente no concelho de Peniche (1981-2001)

	1981		1991		2001	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>H</b>	12749	49,7	12717	49,1	13378	49,0
<b>M</b>	12878	50,3	13163	50,9	13938	51,0
<b>Total</b>	25627	100,00	25880	100,00	27316	100,00
<b>Relação de Masculinidade</b>	—	99,0	—	96,6	—	96,0

Fonte: INE, CD-ROM – O País em Números. Informação Estatística 1991-2001.

Em termos da evolução demográfica recente, configura-se a passagem de um período de quase estagnação (com sensivelmente uma variação de 1%) para um período de expansão populacional entre 1991 e 2001 (com aumento de 5,5%). A actual dinâmica do município apresenta realidades diversas, consoante a freguesia, tal como mostra a tabela nº3:

**Tabela nº3**

Evolução da estrutura da população residente no concelho de Peniche  
segundo a freguesia de residência (1991-2001)

	1991	2001	Tax Var 91-01
	Nº		%
Ajuda	8653	8660	0,1
Conceição	4264	4840	13,5
S.Pedro	2387	2065	<b>(-12,2)</b>
Atouguia da Baleia	7131	7988	12,0
Serra D'El Rei	1373	1377	0,3
Ferrel	2072	2356	13,7
Concelho de Peniche	25880	27316	5,5

Fonte: INE, Infoline.

Verificamos que as freguesias da Ajuda (0,1%) e de Serra D'El Rei (0,3%) revelam estar em estagnação; existe sim um crescimento demográfico positivo, nos casos das seguintes freguesias: Conceição (13,5%), Atouguia da Baleia (12,0%) e Ferrel (13,7%). Por sua vez, a freguesia de São Pedro demonstra um processo de regressão (com uma taxa de variação negativa de 12,2%). A explicação da evolução demográfica do concelho está nos impactos dos fluxos de imigrantes e das migrações internas.

Quanto à composição etária apuramos, segundo a tabela nº4:

**Tabela nº4**

População residente no concelho de Peniche segundo a estrutura etária e de género, em 2001

	H	M	Total
<b>0 -14 anos</b>	50,2	49,8	100,0
	2179	2163	4342
	16,9	15,5	15,9
<b>15 - 24 anos</b>	51,3	4,7	100,0
	2075	1971	4046
	15,5	14,1	14,8
<b>25 - 64 anos</b>	49,1	50,9	100,0
	7053	7298	14351
	52,7	52,4	52,5
<b>65 ou mais anos</b>	45,2	54,8	100,0
	2071	2506	4577
	15,5	18,0	16,8
<b>TOTAL</b>	49,0	51,0	100,0
	13378	13938	27316
	100,0	100,0	100,0

Fonte: INE, CD-ROM – O País em Números, Informação Estatística 1991-2001.

Constatamos que mais de metade da população do concelho de Peniche (52,5%) se situa no intervalo de idade dos 25 aos 64 anos, 16,8% pertence ao grupo com mais de 65 anos de idade, 15,9% ao dos 0 aos 14 anos e 14,8% ao dos 15 aos 24 anos.

Quanto aos níveis etários segundo o género, realçamos o predomínio feminino ao nível do segmento da população com 65 ou mais anos de idade. Sendo que na própria estrutura etária de cada sexo, podemos verificar esse predomínio, em que há no género feminino uma sobreposição clara da população idosa relativamente às populações juvenis (18% contra 15,5% e 14,1%). Enquanto, no género masculino, a percentagem de idosos é semelhante à dos jovens entre os 15 e os 24 anos (15,5%) e é, inclusivamente, superada pela percentagem do grupo etário dos 0 aos 14 anos (16,9%).

**Tabela nº5**

Evolução da estrutura etária da população residente no concelho de Peniche (1991-2001)

	1991		2001		Tx Var 91- 01
	Nº	%	Nº	%	%
<b>0 -14 anos</b>	5419	20,9	4331	15,9	(-20,1)
<b>15 - 24 anos</b>	4120	15,9	4056	14,8	(-1,6)
<b>25 - 64 anos</b>	13075	50,5	14373	52,6	9,9
<b>65 ou mais anos</b>	3266	12,6	4555	16,7	9,5
<b>TOTAL</b>	25880	100,0	27315	100,0	5,5

Fonte: INE, Infoline.

Através da tabela nº5, podemos observar a evolução da estrutura etária durante o período intercensitário, constatamos que a percentagem de idosos aumentou de 12,6% para 16,7% na última década e que houve uma diminuição da proporção de crianças e jovens até aos 24 anos, sobretudo no grupo dos 0 aos 14 anos, verificando-se uma perda de 5 pontos percentuais.

Esta faixa etária deixou de ser a menos representativa e passou a ser a segunda mais representativa no concelho de Peniche, o que revela duas tendências diferentes:

- nos grupos etários mais jovens verificam-se taxas de variação negativa, bem evidenciada na população dos 0 aos 14 anos (20,1%);
- nos grupos etários mais velhos revelam-se evoluções positivas de 9,9%, no caso dos adultos entre os 25 e os 64 anos, e de 39,5%, no caso dos idosos, consistindo este valor a maior variação registada.

São vários os sinais de envelhecimento demográfico que podem ser apontados. Por um lado, a população em idade activa retém-se, regride o número de adultos jovens (15-24 anos) e progride a dos adultos mais velhos (25-64 anos), o que indica o próprio envelhecimento da população em idade activa. Na faixa etária dos 25-64 anos, os efectivos entre os 50 e os 64 anos de idade estimados para o concelho de Peniche representam, em 2001, cerca de ¼ do total da população em idade activa. Ou seja, numa abordagem ao índice de sustentabilidade potencial, o município iguala os valores obtidos

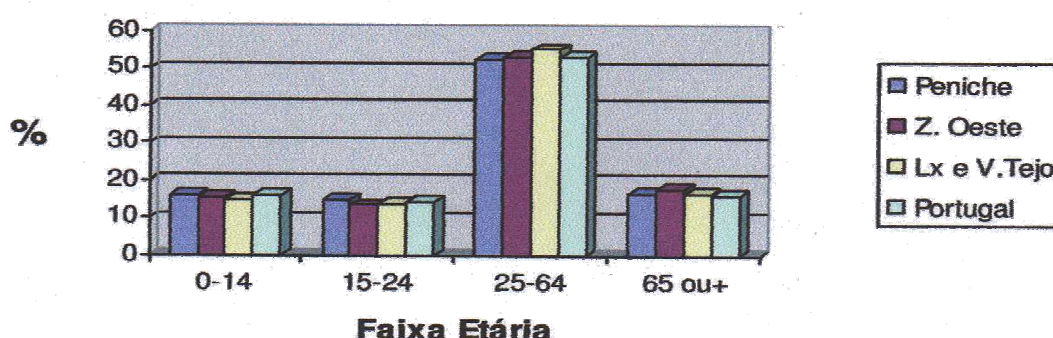


para o país de que para cada idoso existem 4 indivíduos em idade activa (15-64 anos). (DIAGNÓSTICO SOCIAL, 2004)

Através de uma leitura transversal, pode ver-se através da figura 6 que, no ano de 2001, a estrutura etária do concelho de Peniche está em sintonia com a zona Oeste, a região de Lisboa e Vale do Tejo e o território nacional.

**Figura 6**

População residente por territórios segundo a estrutura etária, em 2001



Fonte: INE, CD-ROM – O País em Números. Informação Estatística 1991-2001.

No que diz respeito à composição etária das freguesias integrantes do município de Peniche, são de assinalar diferenças entre elas, tal como podemos constatar na seguinte tabela:

**Tabela nº6**

Distribuição da população residente no concelho de Peniche segundo a freguesia de residência, o grupo etário e o género, em 2001

		Ajuda		Conceição		S. Pedro		Atouguia da Baleia		Serra D'El Rei		Ferrel	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 - 14 anos	H	672	15,6	368	15,6	167	14,9	669	17,0	102	12,9	201	16,5
	M	681		388		146		685		75		188	
	Total	1353		756		33		1354		177		389	
15 - 24 anos	H	723	16,2	376	15,2	135	13,5	533	13,4	118	15,7	190	14,2
	M	682		360		148		539		98		144	
	Total	1405		736		283		1072		216		334	
25 - 64 anos	H	2219	52,8	1254	53,2	561	54,6	2067	51,8	326	48,4	626	53,3
	M	2351		1323		582		2067		341		634	
	Total	4570		2577		1143		4134		667		1260	
65 ou mais anos	H	570	15,4	352	15,9	147	17,0	674	17,9	153	23,0	175	15,8
	M	762		419		209		754		164		198	
	Total	1332		771		356		1428		317		373	
TOTAL	H	4184	100,0	2350	100,0	1010	100,0	3943	100,0	699	100,0	1192	100,0
	M	4476		2490		1085		4045		678		1164	
	Total	8660		4840		2095		7988		1377		2356	

Fonte: INE, Infoline.

Prevalece em qualquer dos casos a preponderância dos adultos entre os 25 e os 64 anos, distinguem-se na importância relativa conferida às populações jovens e idosas, havendo, por um lado, freguesias como a Ajuda, Conceição e Ferrel que denotam um certo equilíbrio percentual entre esses segmentos e, por outro lado, freguesias onde a faixa etária dos idosos se sobrepõe nitidamente à dos 0 aos 14 anos e à dos 15 aos 24 anos, como é o caso de São Pedro, Atouguia da Baleia e Serra D'El Rei.

Serra D'El Rei e São Pedro são freguesias onde os segmentos jovens, no seu conjunto, têm menor representação. Conclui-se, portanto, que as formas de estruturação etária das freguesias são diferenciadas, havendo algumas mais envelhecidas que outras, e que as diferenças encontradas não estão relacionadas com a condição de urbana ou de rural, uma vez que há dissonâncias entre as freguesias integrantes da cidade e o mesmo acontece entre as freguesias da zona rural.

É ainda relevante verificar que o concelho de Peniche apresenta, segundo dados de 2001, uma densidade populacional consideravelmente elevada. De facto, o número de 351,5 habitantes por km<sup>2</sup> é bastante superior ao da Região Oeste (156,5 Hab/km<sup>2</sup>) e mesmo ao da Região de Lisboa e Vale do Tejo (294,7 Hab/km<sup>2</sup>). Portugal apresenta, na mesma data, um valor de 112,4 Hab/km<sup>2</sup> (Tabela nº7).

**Tabela nº7**

Densidade populacional por territórios em 2001

Portugal	Lisboa e Vale do Tejo	Zona Oeste	Peniche
Hab/ km <sup>2</sup>			
112,4	294,7	156,5	351,5

Fonte: INE, CD-ROM – O País em Números, Informação Estatística 1991-2001.

Observemos a realidade das freguesias de Peniche, na tabela nº8:

**Tabela nº8**

Densidade populacional por freguesias do concelho de Peniche, em 2001

Ajuda	Conceição	S.Pedro	Atouguia da Baleia	Serra D'El Rei	Ferrel	Concelho de Peniche
Hab/ km <sup>2</sup>						
1837,8	7079,2	904,7	167,9	159,9	170,7	351,5

Fonte: INE, CD-ROM – O País em Números. Informação Estatística 1991-2001.

Sobressaem, do conjunto, os valores exponenciais obtidos para as freguesias urbanas relativamente à densidade populacional. Destaca-se a freguesia da Conceição com a marca de 7079,2 Hab/km<sup>2</sup>. O índice mais baixo do concelho é registado na Serra D'El Rei (159,9 Hab/km<sup>2</sup>), mas mesmo neste caso é superada a média nacional. (DIAGNÓSTICO SOCIAL, 2004)

Segundo os Censos 2001, quanto aos níveis de instrução da população em geral residente no concelho de Peniche, estes são baixos, uma vez que mais de metade da população não ultrapassou o 1º ciclo do ensino básico (53,1%) e que há uma percentagem relevante de indivíduos não escolarizados (14,9%). Qualquer destes valores está acima da média nacional, só sendo superados pela média da zona Oeste.

Podemos ainda dizer que o município de Peniche é também aquele que apresenta as percentagens mais baixas de efectivos a alcançar níveis de escolarização médio e superior (6,7%) no conjunto dos territórios, distanciando-se da zona Oeste (7,8%) e, de forma bastante significativa, do país (11,6%).

A tabela nº9 apresenta a evolução de um conjunto de indicadores sociais para o concelho de Peniche, entre 1996 e 2001.

**Tabela nº9**

Evolução de indicadores sociais no concelho de Peniche (1996-2001)

		1996	2001	Var
<b>Taxa de Natalidade</b>	%	9,9	10,1	0,2
<b>Taxa de Mortalidade</b>		10,6	12,2	1,6
<b>Taxa de Excedentes de vidas</b>		(-0,7)	(-0,2)	(-1,3)
<b>Taxa de Nupcialidade</b>		6,3	6,4	0,1
<b>Taxa de Divórcio</b>		1,9	2,8	0,9
<b>Taxa de Fecundidade</b>	%	41,8 (a)	39,9	(-1,9)
<b>Nados - Vivos Fora do Casamento</b>		25,8	31,2	5,4
<b>Índice de Envelhecimento</b>		89,8 (a)	96,7	6,9

Fonte: INE, Anuário Estatístico da Região de Lisboa e Vale do Tejo 1997, Ed. 1998; INE, Anuário Estatístico da Região de Lisboa e Vale do Tejo 1999, Ed. 2000; INE, Anuário Estatístico da Região de Lisboa e Vale do Tejo 2002, Ed. 2003;

Notas: (a) valores referentes a 1998.

Relativamente ao saldo fisiológico, observa-se uma tendência negativa em acentuação, muito por força da significativa subida da taxa de mortalidade. Do ponto de vista da estrutura das famílias, retêm-se os dados da estabilização do nível de casamentos e do aumento da frequência dos divórcios.

Este último aspecto está em consonância com o cenário de crescente instabilidade das relações conjugais, em concreto as formalizadas pela instituição do casamento, situação não só constatada em Portugal, como também na generalidade dos países da União Europeia. Além disso, verificamos que diminuiu o indicador de fecundidade e aumentou a percentagem de crianças nascidas fora do casamento.

Realce-se, o crescimento do índice de envelhecimento que é, de todos os indicadores considerados, aquele que verificou a variação mais significativa e cujas repercussões nas estruturas familiares e sociais importa avaliar com particular acuidade. (DIAGNÓSTICO SOCIAL, 2004)

Quando se fala em população idosa ou em envelhecimento incorre-se no risco de uma utilização acrítica das expressões, motivada por um conjunto de pré-noções veiculado, em boa parte, pelo discurso comum. Conforme alertam autores como P. Pitaud e M. Redonet, este tipo de discurso tende a configurar uma imagem caricatural e negativa do idoso, em que "(...) dependência, isolamento, doença, inutilidade social e velhice são um só." E neste sentido, "velhice, envelhecimento e envelhecer" são termos muito conotados". (PITAUD, 2004, p. 27-28)

As pesquisas contemporâneas apontam assim para a necessidade de adopção de procedimentos de relativização na abordagem a fenómenos associados ao envelhecimento e da desmontagem de noções apriorísticas, em especial daquelas que fazem passar ideias negativas e discriminatórias relativamente ao envelhecimento. Com efeito, a população idosa não corresponde a um grupo homogéneo, mas antes, heterogéneo, que abrange uma diversidade de facetas e de histórias de vida individuais.

Demograficamente, ao considerarmos os dados oficiais do Censo de 2001, o índice de envelhecimento indicado para o concelho de Peniche é de 96,7%, um valor inferior ao dos seus contextos de influência, nomeadamente, a Zona Oeste (123,9%), Lisboa e Vale do Tejo (110,2%) e Portugal (103,6%). Sendo que estes indicadores foram calculados com base em estimativas demográficas, vale a pena sublinhar que não são coincidentes com os valores reais, obtidos a partir dos dados definitivos.

Com efeito, considerando o total de pessoas com 65 ou mais anos de idade a residir em Peniche, contabilizado em 4577 indivíduos, o índice de envelhecimento real do município é então de 105,4% e a média nacional passa a ser de 102,6% (os índices de envelhecimento reais para Lisboa e Vale do Tejo e a zona Oeste são, respectivamente, 109,9% e 112,6%.) Na circunstância, constata-se, pois, que Peniche tem um nível de envelhecimento acima do nível médio do país. (DIAGNÓSTICO SOCIAL, 2004)

Em termos de densidade, a população idosa residente neste município é, no conjunto dos territórios abordados, aquela que verifica o valor mais elevado, correspondente a 58,9 indivíduos por km<sup>2</sup> um número muito acima do padrão nacional, na casa dos 18,2 idosos por km<sup>2</sup> (a densidade de população com 65 ou mais anos de idade residente na região de Lisboa e Vale do Tejo é aquela que mais se aproxima do valor obtido para Peniche - ainda assim, com uma diferença de 11 pontos percentuais -, apresentando uma média de 47,9 indivíduos por km<sup>2</sup>; para a zona Oeste, a estatística é de 27,1

indivíduos por km<sup>2</sup>), dado que espelha, aliás, a elevada densidade populacional em geral patenteada pelo concelho de Peniche.

**Tabela nº10**

Distribuição do índice de envelhecimento e da densidade da população idosa por territórios, em 2001

	Índice de Envelhecimento	Densidade de Habitantes Idosos (a)
	%	Hab/ km <sup>2</sup>
Peniche	96,7	58,9
Zona Oeste	123,9	27,1
Lisboa e Vale do Tejo	110,2	47,9
Portugal	103,6	18,2

Fonte: INE, Infoline.

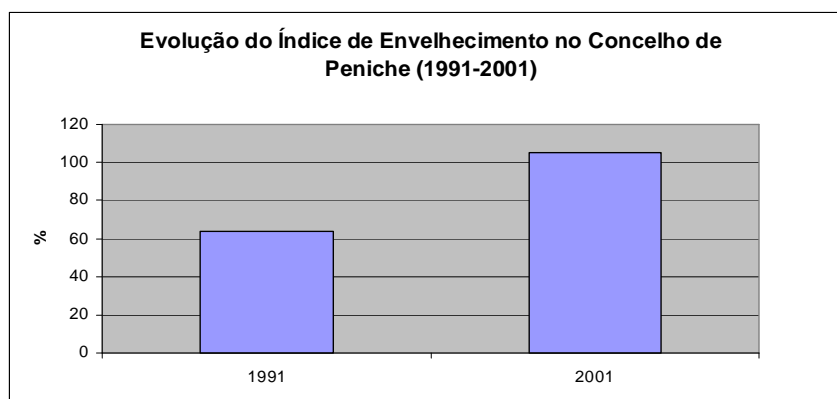
Nota: (a) Referem-se à população residente com 65 ou mais anos.

A evolução demográfica recente tem configurado uma tendência de envelhecimento da população do concelho que, de 1991 para 2001, viu o grupo dos idosos passar de segmento etário menos representativo para o segundo mais representativo, em função de um ritmo de expansão muito pronunciado, a rondar os 40%.

Subjacente ao envelhecimento está o prolongamento da esperança de vida da população. Este dado é transversal à realidade europeia, a propósito da qual pode considerar-se a análise de P. Pitaud e M. Redonet, no texto “Solitude de l’âge, solitudes des âges”, em que apontam a mudança ocorrida ao nível das causalidades do envelhecimento: se, em meados do século XX, o crescimento da população idosa era devido, essencialmente, à diminuição da fecundidade, mais recentemente, o factor mais importante teve a ver com o aumento da longevidade.

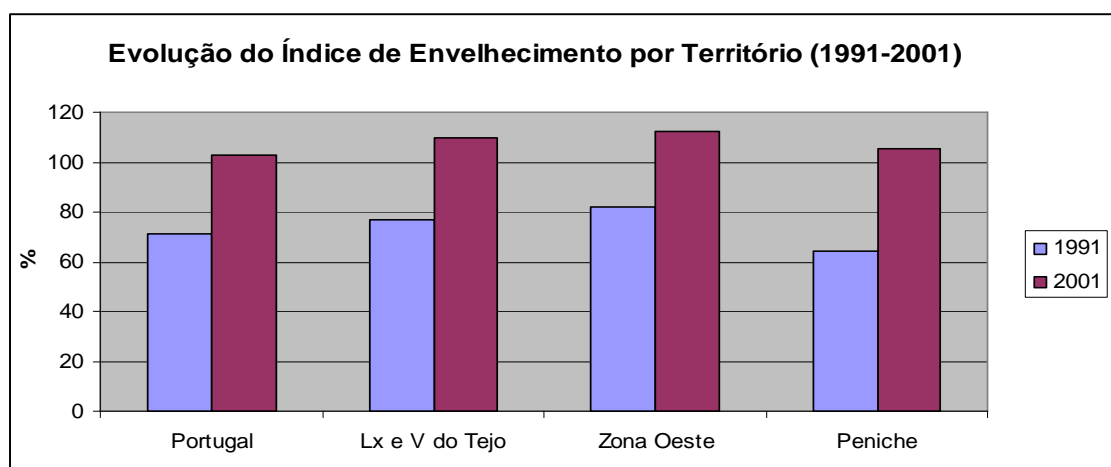
No ponto de vista dos autores, o aumento da esperança de vida à nascença constitui um dado marcante da evolução demográfica dos países da União Europeia desde 1945. A partir desse período, o indicador verificou uma progressão quase constante que continua a registar, isto não obstante o abrandamento no início dos anos noventa. De 1980 a 2000, as estimativas para a esperança de vida no seio da União Europeia passaram dos 70,5 para os 74,9 anos, no caso dos homens, e dos 77,2 para os 81,2 anos, no caso das mulheres; em Portugal, passaram dos 67,7 para os 71,8 anos e dos 75,2 para os 78,9 anos respectivamente. (in [www.europa.eu.int](http://www.europa.eu.int), consultado a 04-03-2008)

A figura 7 é sintomática da progressão do número de idosos no concelho de Peniche, ao apresentar o crescimento galopante do índice de envelhecimento no período inter censitário.

**Figura 7**

Fonte: INE.

A realidade de Peniche está em consonância com a dos seus contextos de referência no tocante ao sentido expansionista do indicador de envelhecimento por referência ao decénio de 1991 a 2001 (gráfico 3), mas destaca-se do conjunto por registar a variação mais significativa.

**Figura 8**

Fonte: INE.

No que diz respeito à composição interna do concelho de Peniche (quadro 10), relativamente aos 4577 idosos indicados, verifica-se que 2459 (53,7%) residem na cidade e 2118 (46,3%) estão localizados nas freguesias limítrofes, sendo que, destes últimos, 1428 vivem em Atouguia da Baleia, 317 na Serra D'El Rei e 373, em Ferrel.

Observa-se, igualmente, que os índices de envelhecimento ultrapassam, na generalidade, a fasquia dos 100% - atingindo a freguesia de Serra D'El Rei a marca modal de 179,1% -, com excepção para o caso da freguesia de Ferrel cuja percentagem está, não obstante, muito perto (95,9%).

**Tabela nº11**

Distribuição da população idosa e do índice de envelhecimento, por freguesias do concelho de Peniche, em 2001

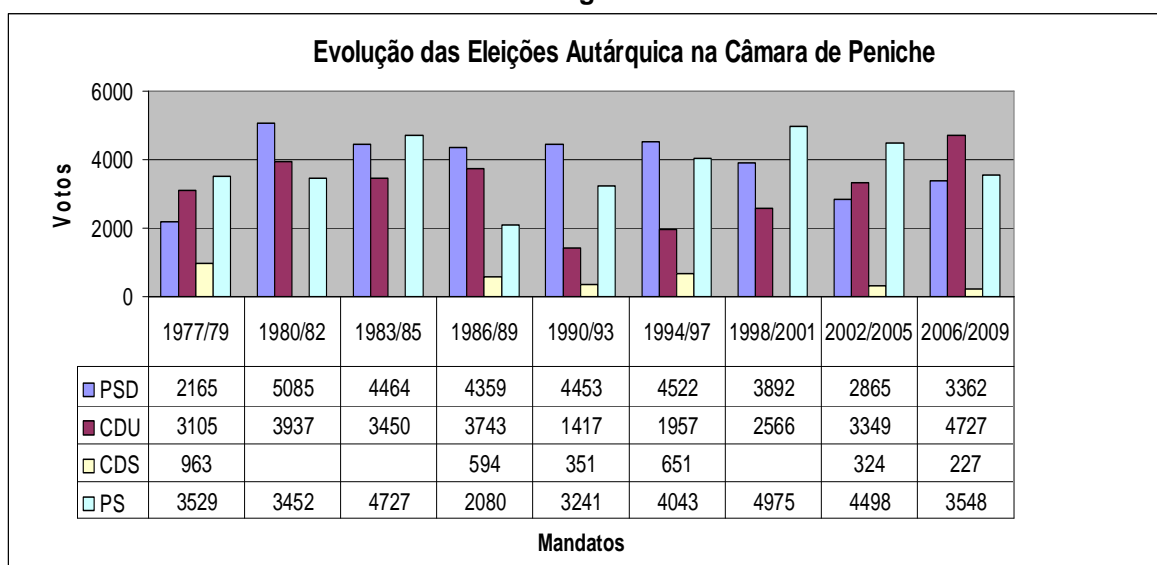
		Freguesias	População Idosa		Índice de Envelhecimento
			Nº		%
Concelho de Peniche	Cidade	Nª Sª Conceição	771	2459	101,5
		S. Pedro	356		
		Ajuda	1332		
	Zonas Limítrofes	Atouguia da Baleia	1428		105,5
		Serra D'El Rei	317		179,1
		Ferrel	373		95,9
	TOTAL		4577		

Fonte: INE, CD-ROM – O País em Números.

Nota: O quadro reporta-se à população residente com 65 ou mais anos de idade.

#### 4. Dimensão ideológica

Através desta figura 9 podemos observar o comportamento político da Câmara Municipal de Peniche:

**Figura 9**

Fonte: Jornal "A Voz do Mar" nº1169 de 8 de Novembro de 2005;

Destacamos as últimas eleições autárquicas pela vitória da CDU, com a candidatura de um independente que foi eleito para o cargo de Presidente da Câmara Municipal de Peniche. A CDU conquistou 4727 votos, contra os 3548 votos do PS, força política que já se encontrava há dois mandatos na Câmara Municipal, e o PSD permaneceu como terceira força política, porém o seu número de votos subiu em relação a 2001.

Foi pela primeira vez que a CDU conquistou a Câmara de Peniche através do voto desde 1974. A vitória foi expressa com a conquista de três das seis freguesias do concelho e ao ser também o partido mais votado para a assembleia municipal. O novo executivo, pela maioria relativa conquistada pela CDU, formou-se por três autarcas da coligação comunista, dois do PS e dois do PSD. (“A VOZ DO MAR”, nº 1169, 8 DE NOVEMBRO DE 2005)

A nível do distrito de Leiria, para além de Peniche, a CDU conquistou a Câmara Municipal da Marinha Grande, um distrito maioritariamente social-democrata.

Em relação à questão sócio-administrativa do concelho de Peniche esta é grandemente influenciada pela sua particular localização geográfica, que o faz pertencer a diferentes realidades, criando algumas dificuldades.

“Ou seja, Peniche é um dos 16 concelhos do distrito de Leiria, mas, por outro lado, faz parte da Comissão de Coordenação Regional de Lisboa e Vale do Tejo, que é uma NUT II e integra 51 concelhos, divididos em 5 sub-regiões, cada um das quais é uma NUT III. Assim, no que diz respeito a estruturas e funcionamento dos vários serviços governamentais, a situação é a seguinte:

- Na Formação Profissional e Emprego/Desemprego a articulação de Peniche com o Instituto de Emprego e Formação Profissional é feita através da Direcção Regional de Lisboa e Vale do Tejo, descentralizada territorialmente no Centro de Emprego e Formação Profissional das Caldas da Rainha.

- Quanto à Habitação, a articulação é feita com o Instituto de Gestão e Alienação do Património Habitacional do Estado, através da Direcção de Gestão Habitacional do Centro, sediada em Coimbra. Em relação à construção de habitação a custos controlados a ligação é directamente com o INH em Lisboa.

- Na área da educação a articulação é efectuada com a Direcção Regional de Educação de Lisboa, através da CAE Oeste, Centro da Área Educativa do Oeste, sediada em Torres Vedras.

- Para a Acção Social, o concelho de Peniche depende actualmente do CDSS de Leiria.

- Ao nível da saúde, o encaminhamento dos doentes realiza-se, normalmente, para o Hospital das Caldas da Rainha e para os hospitais de Lisboa; contudo em relação aos doentes toxicodependentes, estes são seguidos em Coimbra, uma vez que o Centro de Atendimento a Toxicodependentes de Peniche se articula com a Administração Regional de Saúde do Centro, sediada em Coimbra.

- Em relação aos aspectos agrícolas, Peniche integra a DRARO, Direcção Regional da Agricultura do Ribatejo e Oeste, com sede em Santarém, sendo que faz uma articulação com a Zona Agrária do Alto Oeste, com sede nas Caldas da Rainha.

- Na justiça, Peniche constitui uma Comarca de Acesso Final, incluída no Círculo Judicial de Caldas da Rainha, do Distrito Judicial de Lisboa.



- Do ponto de vista político-administrativo, o concelho de Peniche é concelho fundador e integrante da ComUrbOeste, Comunidade Urbana do Oeste, estrutura formalmente constituída em 29 de Março de 2004, da qual fazem parte onze concelhos da zona". (DIAGNÓSTICO SOCIAL, 2004, p. 27-29)

### **5. Necessidades e recursos dos idosos no concelho de Peniche**

Segundo o Diagnóstico Social do Concelho de Peniche realizado em Julho de 2004 foram identificados os seguintes problemas e necessidades na área dos idosos:

"-Existência de situações graves de isolamento social e físico de idosos, por razões de ausência de familiares, pela falta de mobilidade do idoso e pela insuficiência ou mesmo ausência de informação acerca das respostas sociais;

-Falta de respostas de Centro de Dia e Centro de Convívio na zona urbana e nas freguesias de Ferrel e de Atouguia da Baleia;

-Falta de possibilidade de resposta aos pedidos para valência de Lar;

- Carências na cobertura dos serviços de apoio domiciliário, em termos horários, cuja necessidade de apoio ao domicílio a idosos se sente mais em situações de isolamento e/ou dependência no período da noite;

-Existência de listas de espera nas valências assinaladas (Centros de Dia e Convívio, Lar e Apoio Domiciliário);

- Respostas pouco adequadas do sistema de saúde;

- Falta de uma Unidade de Apoio Integrado e de um Serviço de Cuidados Continuados de Saúde - trata-se de obter resposta para a transição entre o Hospital e o domicílio no caso de doentes que, após receberem alta hospitalar, continuam a carecer de cuidados de saúde e/ou tenham necessidade de apoio psicossocial e, também, para as situações de doença em fase terminal.

- Falta de respostas institucionais para a gestão de situações de vida terminais;

- Necessidade de aproveitamento e reestruturação de novos serviços, como o telealarme, telecentro, que se têm revelado pouco adequados face às necessidades reais desta população;

- Necessidade de requalificação das instalações do Lar de Santa Maria;

- Necessidade de uma maior qualificação e formação (inicial e contínua) de profissionais, técnicos e dirigentes (A formação permite contornar a dificuldade que consiste em recrutar pessoal qualificado);
- Necessidade de mais apoio por parte da Segurança Social – uma vez que, segundo as instituições, os acordos de cooperação entre as instituições e a Segurança Social são insuficientes, o que dificulta ou impossibilita mesmo o apoio a idosos com baixos rendimentos, assim como a extensão dos serviços, uma vez que as próprias instituições não têm capacidade financeira, nem recursos humanos e físicos para tal. Na generalidade das instituições, o número de utentes apoiados supera o número abrangido pelos acordos de participação celebrados. É pois sentida a necessidade de celebração de mais Acordos de Cooperação, assim como, de mais apoio para casos atípicos e para utentes carenciados." (DIAGNÓSTICO SOCIAL, 2004, p. 42-45)

Actualmente, ao nível de respostas e recursos para esta população existem no concelho sete instituições particulares sem fins lucrativos que oferecem serviços de apoio a idosos, sendo seis equipamentos de Apoio Domiciliário, dois Centros de Dia, dois Centros de Convívio e três Lares. Estes equipamentos distribuem-se da seguinte forma:

Três Lares:

- 1 Lar em Geraldês, IPSS;
- 1 Lar na Coimbra, IPSS;
- 1 Lar na cidade de Peniche, dependente do Centro de Solidariedade e Cultura de Peniche (CSCP), com 75 idosos.

Seis Serviços de Apoios Domiciliários:

Na área da cidade:

- Na Santa Casa da Misericórdia de Peniche (SCMP), que presta serviço a cerca de 77 utentes - chega a prestar apoio ao domicílio aos fins-de-semana em situações de necessidade, na área da higiene pessoal, normalmente envolvendo utentes acamados.
- Na ACOMPANHA (entidade coordenadora) – Cooperativa de Solidariedade Social, que apoia cerca de 34 utentes - cumpre um horário das 8h30 às 19h30, também todos os dias, sem excepções.

Nas áreas limítrofes:

- Na Serra D' El-Rei, da Associação de Centro de Dia de Serra D' El Rei (ACDS), com 31 utentes e que funciona aos fins-de-semana;
- Em Ferrel, da Associação de Solidariedade Social de Ferrel (ASSF), com 34 utentes - Associação de Solidariedade Social de Ferrel presta apoio domiciliário desde as 8h30 às 19h00, todos os dias, incluindo Sábados, Domingos e Feriados;

- Em Atouguia da Baleia, do Centro Paroquial Bem-Estar Social de Atouguia da Baleia (CPBESA), com 23 utentes, que funciona aos fins-de-semana;
- Na Bufarda, do Centro Social da Bufarda (CSB), com 25 utentes e que funciona aos fins-de-semana.

No que respeita aos serviços de apoio domiciliário, verifica-se que a rede de serviços tem vindo a ser ampliada, mas não se assegurou ainda uma cobertura completa. Um dos problemas detectados relaciona-se com a dificuldade de alargamento dos horários dos serviços, em particular no que se refere ao período da noite, sendo que são crescentes as solicitações nesse sentido por parte da população, em especial por parte de idosos com dependências.

#### Dois Centros de Dia:

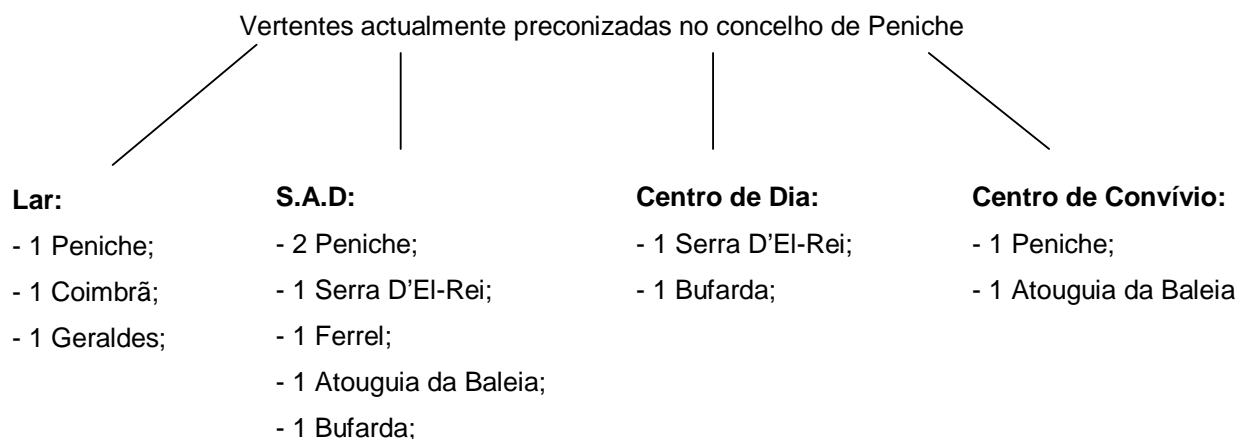
- 1 na Serra D'El-Rei, dependente da ACDS, com 25 idosos;
- 1 na Bufarda, do CSB, com 23 idosos;

#### Dois Centros de Convívio:

- 1 na Atouguia da Baleia, do CPBESA, com 15 clientes.
- 1 em Peniche, da Câmara Municipal, com 30 clientes.

Desta forma, o concelho de Peniche apresenta:

**Figura 10:**



Além destes recursos institucionais existem também iniciativas promovidas pela Câmara Municipal, orientadas para a população com 60 ou mais anos.

Sendo manifestamente insuficientes os equipamentos de apoio a idosos existentes no concelho torna-se, no entanto, necessário estudar com uma maior profundidade as carências reais do tipo de apoios a criar para esta faixa etária da população, quer na zona urbana, quer nas zonas rurais.

A população idosa penichense apresenta características culturais, hábitos de vivências quotidianas, situações familiares e socio-económicas, expectativas de vida e orientações das mais diversificadas, realidades que não poderão ser ignoradas quando se pretender oferecer serviços de apoio que, de facto, respondam às reais necessidades das pessoas e sejam um valor acrescentado a contribuir para a melhoria da qualidade das suas vidas, da sua realização pessoal e social, do seu bem-estar.

Problemas sectoriais e/ou transversais identificados na população idosa no concelho de Peniche: isolamento social; enfraquecimento das redes de solidariedade primárias; aumento da dependência; precariedade habitacional.

Encarando a desadequação da oferta em relação à procura de respostas para equipamentos sociais para idosos, existem alguns projectos para o concelho que são preconizados por instituições locais:

- Um do Centro de Solidariedade e Cultura de Peniche, para a criação de instalações novas para o Lar de Santa Maria, com valência de Lar, Unidade de Apoio Integrado e Cuidados Continuados de Saúde;
- Um da Associação de Solidariedade Social de Ferrel, para a criação de um equipamento com valências de Lar, Centro de Dia/Centro de Convívio e Apoio Domiciliário;
- Um da Santa Casa da Misericórdia de Peniche, para a criação de um Lar e Centro de Convívio;
- Um outro promovido pela Acompanha para a criação de um Centro de Dia/Centro de Convívio;
- Um do Centro Paroquial de Bem-Estar Social de Atouguia da Baleia, para a criação de um equipamento com valências de Lar, Centro de Dia e Apoio Domiciliário.

### **Síntese do Capítulo**

No presente capítulo efectuámos uma contextualização do concelho de Peniche, local onde se realiza esta investigação.

O concelho de Peniche é apresentado sob diferentes dimensões: geográfica, económica, sócio-demográfica e ideológica, de forma a possibilitar uma caracterização global do mesmo.

Em relação à população idosa, é efectuada uma análise mais atenta ao longo da caracterização do concelho e, no final do capítulo, são apresentadas as necessidades da população idosa residente no concelho de Peniche, sendo igualmente identificados os recursos do concelho.

---

## Capítulo VI – Enquadramento Institucional

---



## Capítulo VI – Enquadramento Institucional

### 1. Enquadramento físico

A Santa Casa da Misericórdia de Peniche está sediada no Largo 5 de Outubro, nº 22, na freguesia de Conceição no centro histórico da cidade. Esta Instituição desenvolve a sua actividade em três espaços físicos distintos:

- Na Sede, onde se localizam a Igreja da Misericórdia (galeria de arte sacra), os serviços administrativos, o serviço de apoio domiciliário, a Creche Santa Isabel e o serviço de voluntariado.
- No Centro Infantil Nossa Senhora do Rosário - Infantário “O Traquinas”, com Creche e Jardim de infância, o qual se situa na Rua da Fonte de Nossa Senhora do Rosário, em Peniche.
- No Infantário Sant’Ana - Jardim de Infância, situado na Rua Maestro José Cândido de Azevedo Melo, em Peniche.

### 2. Breve síntese histórica

As Misericórdias em Portugal continental foram instituídas durante o século XVI, resultado do impulso dado por D. Leonor, esposa de D. João II.

Pretendia-se que as Misericórdias, simultaneamente com a prestação do culto divino e do sufrágio das almas dos irmãos falecidos, promovessem a ajuda material, principalmente através da assistência na doença e em outras situações de carência, pondo em prática as catorze obras de misericórdia. (SALVADOR, 1986)

A Santa Casa da Misericórdia de Peniche foi criada no primeiro quartel do século XVII, mais precisamente em 1626, poucos anos após a elevação de Peniche a vila e sede de concelho.

A Confraria da Misericórdia da vila de Peniche tomou como modelo o Compromisso da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, compromisso esse inspirado nas virtudes cristãs, a partir do próprio Evangelho: os cristãos alcançavam o perdão dos seus pecados e a bem-aventurança eterna, pela prática das obras da misericórdia.

Criada com fins sócio-caritativos e baseada na Fé, nos valores humanos e cristãos, a Misericórdia de Peniche desempenhou ao longo de toda a sua existência um importante papel na vida de toda a comunidade penichense, com especial relevância no campo da saúde até à estatização dos hospitais concelhios.

Esta situação terminou definitivamente em 1975 com a nacionalização dos hospitais e consequentemente desresponsabilização da Irmandade sobre a gestão e funcionamento do Hospital de Peniche. (SALVADOR, 1986)

A desresponsabilização da Irmandade relativamente ao funcionamento e gestão do Hospital de Peniche não impediu o prosseguimento da sua acção de solidariedade social, agora voltada para novas actividades em função de novas carências.

Desde então, e após curto espaço de tempo de alguma indefinição, a Misericórdia voltou a ganhar o carácter de instituição laica da Igreja Católica, assumindo a direcção de um Centro de Actividades de Tempos Livres para crianças em idade escolar, revalorizando os seus bens imóveis, encetando novas formas de auxílio aos mais necessitados e prosseguindo um processo de restauro e salvaguarda do riquíssimo património artístico. (SALVADOR, 1986)

Hoje a Santa Casa da Misericórdia de Peniche, a par de um esforço desenvolvido no sentido de preservar e valorizar o seu valioso património artístico e cultural e os seus valores tradicionais, mantém um Infantário, com Creche e Escola Pré-Primária (crianças até aos 6 anos), inaugurado em 1999, um serviço de apoio domiciliário, uma Creche (só para crianças até aos 3 anos), inaugurada em 2003, e um Infantário, com Escola Pré-Primária (só para crianças a partir dos 3 até aos 6 anos), o qual iniciou a sua actividade no presente ano. Tem ainda em curso um projecto visando complementar a sua acção com a criação de um Lar.

### **3. Organização formal/estatutos**

A Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Peniche, fundada em 1626, é uma instituição criada com fins sócio-caritativos, a qual é constituída actualmente pela Creche Santa Isabel, pelo Infantário “O Traquinas”, pelo Infantário de Sant’Ana e, por fim, pelo Serviço de Apoio Domiciliário. Todas estas respostas sociais são apoiadas pelo Centro Regional de Segurança Social de Leiria.

Esta irmandade é gerida por uma Mesa Administrativa (Direcção) presidida pelo Provedor, actualmente o Senhor Carlos Manuel Carneiro Costa e Sá.

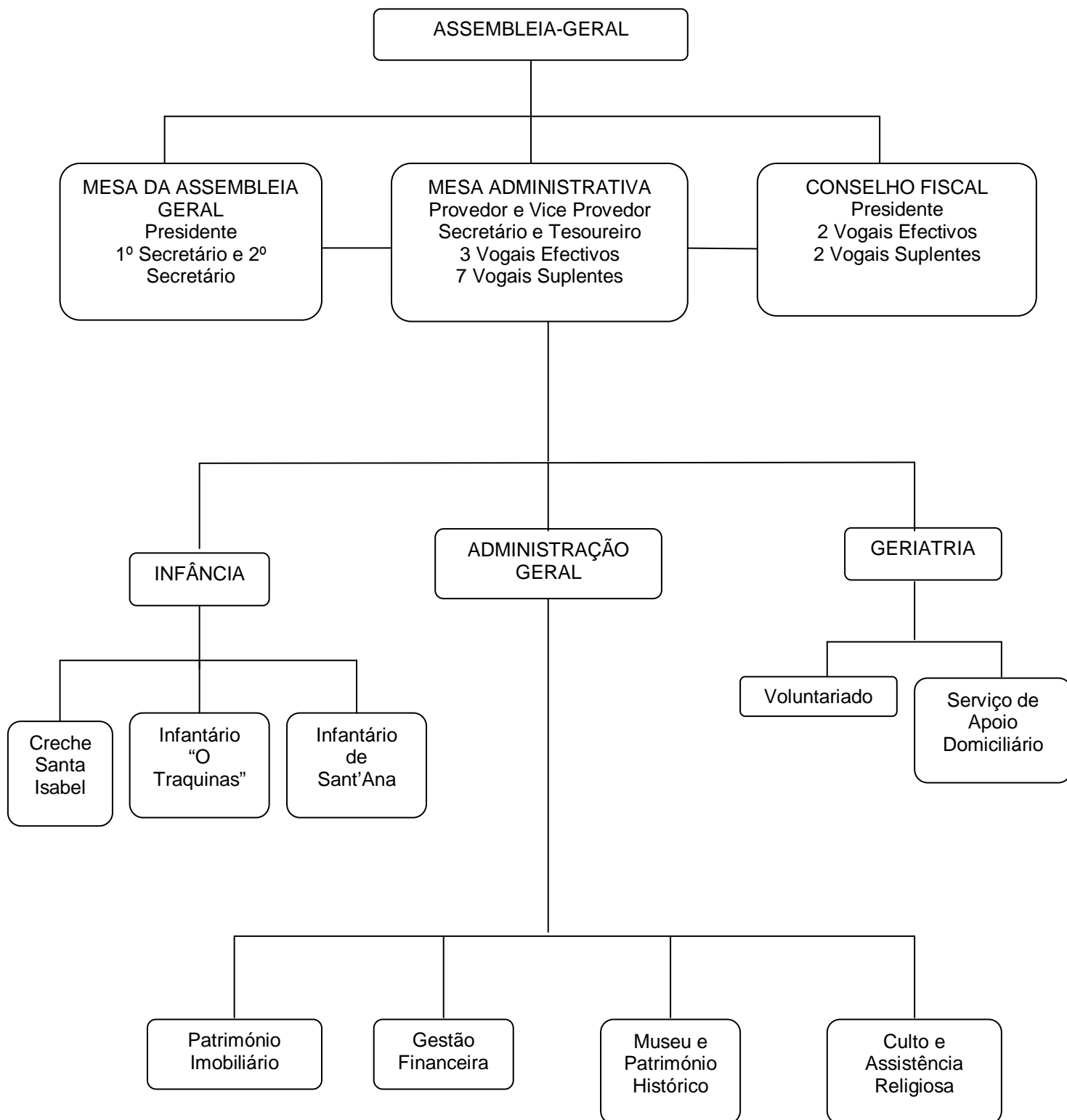
O financiamento das suas actividades, para além do apoio dos Serviços Regionais da Segurança Social, é feito através das participações familiares dos clientes (com base no rendimento per capita do respectivo agregado familiar), das quotizações dos irmãos, dos rendimentos dos bens próprios e de dádivas e subsídios de entidades oficiais e particulares.

Em reunião da Assembleia-Geral da Santa Casa da Misericórdia de Peniche, realizada em 14 de Dezembro de 1981, foi aprovado o seu actual Compromisso (estatutos), tendo sido o mesmo aprovado depois pela Cúria Patriarcal de Lisboa em 29 de Março de 1982.

De acordo com a legislação actual, é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, com registo definitivo no Livro n.º 1 das Irmandades da Misericórdia, em 22/01/1984, na fls. 157 e verso, sob o n.º 03/84.



**Figura 11:** Organograma da Santa Casa da Misericórdia de Peniche



#### 4. Valências

Conforme se observou no seu organograma, a Santa Casa da Misericórdia de Peniche actualmente dispõe das valências de infância e geriatria.

Na valência de infância, encontramos:

O **Centro Infantil Nossa Senhora do Rosário - Infantário “O Traquinas”**, com um sector de Creche e outro de Pré-Escola, gerido pela Santa Casa da Misericórdia de Peniche, com capacidade para 109 crianças e conforme Acordo de Gestão celebrado com o Centro Distrital de Segurança Social de Leiria, funciona, desde Setembro de 1999, em instalações modelares criadas para o efeito por esta Misericórdia.

A **Creche Santa Isabel** foi criada em 2004, na sequência de obras de adaptação realizadas no edifício sede da Misericórdia, por se reconhecer insuficiente a capacidade do Infantário “O Traquinas” perante o grande número de pedidos de admissão. Serve 64 clientes, em que 50 são abrangidos pelo Acordo de Cooperação desde 2007.

O **Infantário Sant’Ana - Jardim de Infância**, principiou a sua actividade este ano com o início do ano lectivo, como resposta de continuidade em Pré-Escola às famílias das crianças que frequentam a Creche Santa Isabel. Este infantário foi criado nas instalações disponíveis do Centro de Actividades de Tempos Livres de Sant’Ana. Estas instalações eram mantidas pela Misericórdia desde 1982, época em que, em Peniche, o facto da quase totalidade das salas de aula do primeiro ciclo do ensino básico funcionar em regime de desdobramento – com diferentes turmas de manhã e de tarde – justificava a sua criação e a sua existência. Foi criado com capacidade para servir diariamente 120 crianças – 60 de manhã e 60 de tarde.

A situação foi-se alterando com a progressiva passagem do funcionamento das salas do ensino básico para o regime actual, com aulas tanto de manhã como de tarde, o que foi provocando significativa redução do número dos seus clientes. E, recentemente, não obstante haver sido alargado o seu horário de funcionamento como consequência do prolongamento do período de actividade das escolas primárias, a sua procura foi fortemente reduzida, limitando-se a sua acção, praticamente, a acolher clientes durante os períodos das férias lectivas. Perante esta situação foram transformadas as instalações do Centro de Actividades e Tempos Livres de Santa’Ana para a criação da Escola Pré-Primária.

A valência de geriatria integra as seguintes valências:

**Serviço de Apoio Domiciliário** - foi criado com o propósito de, essencialmente, ajudar a resolver os problemas da população idosa da cidade de Peniche, podendo alargar-se ao seu concelho. Nasceu em 1997, tendo Acordo de Cooperação com o Centro Distrital de Leiria.

**Casa de Nossa Senhora do Rosário – Lar, Centro de Dia e Apoio Domiciliário** - foi perante a constatação de graves carências existentes na cidade e concelho de Peniche no que respeita a lugares em Lar de idosos, Centros de Dia e ao número crescente de pedidos de serviço de apoio domiciliário, que esta Misericórdia se candidatou e teve aprovação ao Programa Pares (2º fase). Serão, assim, assegurados 39 clientes em Lar, 30 em Centro de Dia, e em apoio domiciliário 40 clientes. O início da prestação de serviços está previsto para 2010.

### **5. O serviço de apoio domiciliário**

O serviço de apoio domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Peniche consiste na prestação de uma ajuda doméstica no domicílio do cliente que, por razões de idade, deficiência, invalidez ou outras, não pode fazer face temporária ou permanentemente às suas necessidades.

Criado em 1997, com um Acordo de Cooperação abrangendo inicialmente catorze clientes, este serviço, volvidos onze anos, chega a prestar, em simultâneo, ajuda a mais de 70 clientes.

Para a resposta social de apoio domiciliário, a Santa Casa da Misericórdia de Peniche tem acordo de cooperação celebrado com o Centro Distrital de Leiria, o qual constitui uma das principais fontes de financiamento, para além das participações familiares dos clientes.

Depois de alguns anos em que o Acordo de Cooperação celebrado com o Centro Regional da Segurança Social de Leiria abrangia somente 49 utentes / clientes, este número foi, em 2007, elevado para 56.

Este serviço funciona das 8.30 horas às 17.30 horas, em dias úteis. Nos fins-de-semana e feriados está prevista, presentemente, a prestação de serviços de apoio domiciliário.

#### **5.1. Objectivos**

O serviço de apoio domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Peniche pretende ser uma acção complementar da família, tendo como fins:

- a) “Reduzir as situações de isolamento e de carência;
- b) Evitar, retardar ou diminuir o tempo de internamento em lares;
- c) Evitar, sempre que possível, que o envelhecimento, a deficiência, a invalidez ou outros motivos, privem o idoso de viver a sua vida quotidiana de um modo normal;

- d) Contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas;
- e) Prevenir situações de dependência e promover a autonomia;
- f) Prestar cuidados de ordem física e psicossocial aos utentes e famílias, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar;
- g) Potenciar a integração social.” (Regulamento Interno, 1997, pp.1)

## 5.2. Serviços prestados

Esta instituição, quanto à legislação aplicada, enquanto estabelecimento/ estrutura prestadora de serviços, rege-se pelo estipulado no artigo 46 do Decreto-lei nº 133 - 10/97 de 30 de Maio.

Quanto ao regulamento interno de funcionamento do serviço de apoio domiciliário, este tem como objectivos:

1. Promover o respeito pelos direitos dos clientes e demais interessados;
2. Assegurar a divulgação e o cumprimento das regras de funcionamento do estabelecimento/ estrutura prestadora de serviços;
3. Promover a participação activa dos clientes ou seus representantes legais ao nível da gestão das respostas sociais.

Quanto aos serviços prestados pelo serviço de apoio domiciliário, estes surgem com respostas às diferentes necessidades, adaptando-as às particularidades de cada situação; assim, engloba várias modalidades:

- **os cuidados de higiene e conforto pessoal**, os quais podem consistir em higiene diária uma ou duas vezes por dia, com ou sem levante, isto dependendo de cada situação (o facto de ser um cliente acamado ou não e as suas próprias condições físicas) ou então cuidados de higiene semanais, como o caso dos banhos, que podem ser de uma vez por semana ou mais. Também podem consistir na mudança de roupa, curativos simples, pentear, barbear, limpeza de unhas, etc.

- **a distribuição de refeição ao domicílio** - as refeições são confeccionadas no edifício sede da instituição e este serviço consiste na distribuição de duas refeições diárias (almoço e jantar) compostas por um termo de sopa, um prato de peixe ou carne com acompanhamento, pão e fruta. À sexta-feira, a refeição vai reforçada em quantidade para que possibilite ao cliente ter refeição no dia seguinte – sábado, tal como a fruta, o pão e outra sobremesa. Semanalmente são fornecidos dois litros de leite, mensalmente o utente/ cliente tem direito a uma manteiga ou marmelada e chá para aqueles que não bebem leite. Quando ocorre um feriado, quer nacional ou local, ao longo da semana, na véspera, a refeição é reforçada como se de uma sexta-feira se tratasse; porém, quando o feriado ocorre no início ou final de semana, a refeição é constituída por dois pratos, isto é, um de peixe e um outro de carne.

- **o auxílio ao cliente durante a refeição** – este auxílio é proporcionado em situações que o justifiquem, ou seja, ao cliente cujas condições físicas não permitam comer pela sua própria mão e quando não haja familiares ou outros elementos da sua rede de apoio que o possam assegurar.

- **a limpeza e arrumação do domicílio** – esta prestação refere-se ao espaço que é utilizado pelo cliente, essencialmente a casa de banho e o quarto;

- **o tratamento de roupa** – a roupa do cliente é transportada para o edifício sede uma vez por semana ou mais, consoante a necessidade do mesmo. A roupa é lavada, passada a ferro e na semana seguinte entregue; também são efectuados pequenos arranjos e marcação de roupa;

O serviço de apoio domiciliário efectua ainda as seguintes actividades:

- realização de alguns serviços externos, como, por exemplo, efectuar algumas compras (desde géneros alimentares a medicação), o pagamento de algumas despesas (água, luz, telefone), ou marcação de consultas;

- controlo de medicação, ou seja, desde a preparação das doses diárias de medicação à aplicação da injeção de insulina;

- organização de convívios mensais sob diversos temas no edifício sede;

- organização de passeios, que ocorrem no verão, com saídas no período da tarde com um grupo de clientes, grupo esse que apresente condições físicas e mentais para participar;

- outra actividade é o apoio de voluntariado, pois o serviço de voluntariado é complementar à acção desenvolvida pelas funcionárias e pelos elementos que constituem os Corpos Gerentes da Instituição; os voluntários desempenham diversas funções, desde a organização de convívios, passeios, ao acompanhamento em consultas médicas ou à realização de visitas domiciliárias aos clientes que se encontram mais isolados.

### **5.3. Condições de admissão**

O serviço de apoio domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Peniche estabeleceu no seu regulamento interno as condições de admissão de clientes para o serviço:

1. Idade igual ou superior a 60 anos, salvo casos excepcionais a considerar individualmente;
2. Não sofrer de doença infecto-contagiosa ou mental que prejudique o regular funcionamento do serviço de apoio domiciliário ou as condições de trabalho das ajudantes;
3. Não se encontrar em situação de grande dependência ou com exigência de cuidados permanentes de terceiros;
4. Estar dentro dos critérios de admissão prioritários;
5. Manifestar vontade em ser admitido; (Regulamento Interno, 1997, p.3)

Existem, porém, critérios de prioridade na selecção dos clientes, tais como:

1. Naturalidade ou residência na cidade de Peniche;
2. Isolamento social;
3. Ausência notória de apoio familiar;
4. Desajustamentos familiares graves;
5. Idoso cuja família não lhe possa prestar os cuidados de que necessita pelas seguintes razões:
  - Doença grave de um membro do agregado;
  - Trabalho fora de casa de todos os membros do agregado familiar;
  - Insuficiência de recursos económicos. (Regulamento Interno, 1997, p.3)

O procedimento inicia-se com a recepção da candidatura, sendo a mesma analisada pelo responsável técnico do serviço de apoio domiciliário. A este compete elaborar a proposta de admissão, quando tal se justificar, e submetê-la à decisão da entidade competente. A entidade competente para decidir é a Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Peniche.

#### **5.4. Tabela de comparticipações**

“A tabela de comparticipações familiares foi calculada de acordo com a legislação/ normativos em vigor, de acordo com o disposto na Circular Normativa nº3, de 02/05/97 e na Circular Normativa nº7, de 14/08/97, da Direcção Geral da Acção Social (DGAS). O cálculo do rendimento *per capita* do agregado familiar é realizado de acordo com a seguinte fórmula:

$$R = \frac{RF - D}{N}$$

Sendo que:

R = Rendimento *per capita*

RF = Rendimento mensal ilíquido do agregado familiar

D = Despesas fixas

N = Número de elementos do agregado familiar

No que diz respeito às despesas mensais fixas, consideram-se para o efeito:

- O valor das taxas e impostos necessários à formação do rendimento ilíquido, designadamente do imposto sobre o rendimento e da taxa social única;
- O valor da renda de casa ou da prestação mensal devida pela aquisição de habitação própria;
- Os encargos médios mensais com transportes públicos;
- As despesas com aquisição de medicamentos de uso continuado em caso de doença crónica.

A comparticipação familiar é efectuada no total de 12 mensalidades, sendo que o valor do rendimento mensal líquido do agregado familiar é o duodécimo da soma dos rendimentos anualmente auferidos por cada um dos seus elementos". (Regulamento Interno em actualização segundo o modelo do Centro Regional de Segurança Social de Leiria)

As alterações à mensalidade/comparticipação poderão ocorrer nas seguintes situações: aumento ou diminuição do rendimento líquido mensal; aumento ou diminuição da despesa fixa; alteração das valências do serviço de apoio domiciliário.

### **5.5. Direitos e deveres dos clientes**

O regulamento interno do serviço de apoio domiciliário define os direitos e deveres dos clientes desse mesmo serviço.

Desta forma, foram considerados direitos dos clientes<sup>3</sup>

- a) O respeito pela sua identidade pessoal e reserva de intimidade privada e familiar, bem como pelos seus usos e costumes;
- b) A inviolabilidade da correspondência e do domicílio, não sendo, neste caso, permitido fazer alterações, nem eliminar bens e outros objectos sem a sua prévia autorização e ou da respectiva família;
- c) A custódia da chave do seu domicílio em local seguro, sempre que seja entregue aos seus serviços, ou ao funcionário responsável pela prestação de cuidados.
- d) A prestação dos serviços solicitados e contratados para a cobertura das suas necessidades, tendo em vista manter ou melhorar a sua autonomia.
- e) Ter acesso à ementa semanal, sempre que os serviços prestados envolvam o fornecimento de refeições.

Os deveres dos clientes são <sup>3</sup>:

- a) Responder com inteira verdade a todas as perguntas que integram quer a ficha de inscrição quer o processo individual.
- b) Cumprir as normas estabelecidas no regulamento interno.

A cessação da prestação de serviços poderá ocorrer por iniciativa do cliente, quando este deixar de necessitar do serviço prestado ou por falecimento.

---

<sup>3</sup>- Regulamento Interno da Santa Casa da Misericórdia de Peniche em actualização segundo o modelo do Centro Regional de Segurança Social de Leiria.

### **5.6. Recursos humanos**

A nível de recursos humanos, o serviço de apoio domiciliário é composto por:

- Doze ajudantes familiares de apoio domiciliário distribuídas por cinco equipas, sendo cada equipa composta por duas ajudantes familiares, e ainda duas ajudantes/ agentes adicionais;
- Uma cozinheira e três ajudantes de cozinha;
- Duas auxiliares de serviços gerais;
- Uma escriturária para os serviços administrativos;
- A nível técnico, duas técnicas, sendo uma de serviço social e outra de política social, e estando uma delas a tempo parcial;
- O serviço de voluntariado também é considerado um recurso humano do serviço de apoio domiciliário e é composto por seis voluntários.



### **Síntese do capítulo**

Este capítulo apresenta uma breve resenha histórica da Santa Casa da Misericórdia de Peniche.

É feito um enquadramento organizacional e social desta instituição, apresentando as suas diferentes valências. Destas, uma é destacada: o serviço de apoio domiciliário, alvo do presente estudo.

A partir deste mesmo enquadramento, pretendeu-se compreender a instituição como um sistema interventor, a nível de intervenção social, ou seja, uma organização comunitária que interage com as pessoas através da prestação de cuidados e serviços de proximidade num ambiente interpessoal.

---

## Capítulo VII – O sistema cliente

---

## Capítulo VII - O sistema cliente

### 1. Análise dos dados recolhidos

Para melhor compreender o objecto de estudo, procedeu-se à caracterização dos clientes do S.A.D da Santa Casa da Misericórdia de Peniche, e desenvolveu-se um método de recolha indirecta de informação - uma ficha de recolha de dados. Posteriormente, procurámos saber como o sistema cliente compreende o sistema interventor e, dessa forma, foi aplicado um inquérito por entrevista. É com base nos dados recolhidos através destes dois instrumentos que procedemos à apresentação e análise do sistema cliente. Em anexo encontram-se um exemplar de cada um dos instrumentos aplicados.

#### 1.1. Ficha de recolha de dados: apresentação e análise dos dados recolhidos

Tal como já foi referido no capítulo das opções metodológicas, esta ficha de recolha de dados teve como base os processos dos clientes do S.A.D. Esta ficha recolheu informação de 37 processos de clientes que reuniam os critérios pré-definidos (residentes no concelho de Peniche; com um mínimo de seis meses no S.A.D; com o mínimo de cinco vezes por semana de apoio domiciliário e com condições psíquicas e comunicacionais).

A maioria dos 37 indivíduos que compõem a amostra é natural de Peniche ou do concelho (22 no total). Apenas dois não são naturais de Portugal (um é de S. Tomé e Príncipe e outro é de Angola). Há ainda um que não reside na cidade de Peniche, mas sim numa outra freguesia do concelho. Trata-se de um único cliente, que é apoiado há muito tempo pela instituição, e é único porque actualmente o S.A.D da SCMP presta apoio apenas na cidade de Peniche, uma vez que existem outras respostas de apoio domiciliário no concelho. A freguesia da Ajuda, sendo a maior de Peniche, é aquela que apresenta maior número de clientes apoiados pelo S.A.D, 64,9%, seguida da freguesia da Conceição, com 27% de representação.

Verificamos que na presente amostra o género feminino predomina, com 22 indivíduos e em média com 80 anos. Do género masculino, a média é de 72,2 anos. A faixa etária dos 80-84 anos é a que tem maior incidência ( dez indivíduos, representando 27%), porém, se dividirmos em apenas duas grandes faixas etárias, a dos com menos de 65 anos e os com mais de 65 anos de idade, constatamos: onze indivíduos entre os 40 e os 64 anos de idade e 26 indivíduos com mais de 64 anos de idade.

Na sua maioria são clientes viúvos (45,9%) ou casados (32,4%), sendo 16,2% solteiros. Realcemos que dos clientes com menos de 65 anos de idade, isto é, em onze clientes, quatro são solteiros, cinco casados, um viúvo e um divorciado (dados adquiridos com o cruzamento das variáveis idade e estado civil). Isto transporta para a composição do agregado familiar em que 54,1% da amostra tem um agregado familiar composto por uma pessoa só e 16,2% representa os agregados compostos por um

casal. Ou seja, em 37 indivíduos, 20 indivíduos vivem sós (cruzamento das variáveis agregado familiar e estado civil), sendo treze viúvos, sete solteiros e um divorciado. Contudo, não devemos ignorar 10,8% da amostra que vive com outras pessoas. Sendo uma questão aberta, foi possível identificar as outras pessoas: empregada, mãe, filho/a e ou genro/nora.

Quanto ao nível de instrução da amostra, verificamos que os valores se concentram em dois níveis: 62,2%, ou seja, 23 indivíduos possuem o ensino primário, sendo de 27% a representatividade de analfabetos, o que significa que em 37 indivíduos dez não sabem ler nem escrever. Os níveis de instrução de ensino preparatório, superior e também a situação de indivíduos saberem ler e escrever, porém não possuem grau de instrução formal, representam cada um deles a percentagem de 2,7.

Em relação à actividade profissional, 13,5% não exerceu qualquer actividade profissional, na maioria do género feminino (cruzamento das variáveis género e actividade profissional), e apenas um homem não exerceu qualquer actividade profissional. É na categoria de trabalhador agrícola, criador de animais, pescador e outras similares que está a maior representação com 27%, sendo predominante o género masculino. Atendendo às características geográficas e económicas da cidade de Peniche, estes 27% estão na sua maioria associados às actividades piscatórias (pescador ou actividades industriais associadas às pescas), e tal pode ser evidenciado na representatividade de 13,5% na categoria de trabalhador da indústria extractiva e transformadora (operário). Como trabalhadores do comércio, serviços, administrativo, vendedor e outros similares existe igualmente uma representação de 13,5% da amostra. Na categoria de outras actividades profissionais há uma percentagem de 21,6 e é composta por diferentes actividades profissionais, como, por exemplo, taxista, rendilheira e costureira.

Em relação à caracterização das condições físicas ou de saúde dos clientes, verificamos através dos processos de pedidos de apoio domiciliário que 56,8% dos clientes não são portadores de doenças crónicas, contudo devemos realçar que esta informação é fornecida na maioria pelos próprios clientes ou pelos familiares, o que poderá suscitar dúvidas quanto à existência ou não de uma doença crónica, já que não existe no processo do cliente qualquer informação médica.

Quanto ao grau de dependência global dos clientes, foram criadas as seguintes opções: Autónomo, não necessita de apoio (40,5%); Necessita de pequenos apoios na vida quotidiana e no apoio à mobilidade (35,1%); Necessita de apoio na higiene pessoal, tarefas de vida quotidiana e na mobilidade (13,5%); Totalmente dependente para a satisfação das necessidades básicas (10,8%). Verificamos que, genericamente, 40,5% dos clientes são autónomos e que 59,5% são dependentes. Estes valores remetem-nos para a possível questão de pensarmos que o S.A.D seria apenas um serviço de proximidade solicitado por situações não autónomas.

Para melhor explorar a questão quanto ao grau de dependência, procurámos verificar a ligação dependência e deficiência. A percentagem de indivíduos portadores de deficiência é de 23%, com maior incidência no sexo feminino (cruzamento das variáveis género e tipo de deficiência de que é portador), sendo a deficiência motora aquela que apresentou maiores valores (18,9%). Contudo, através do cruzamento das variáveis grau de dependência e portador ou não de deficiência, constatámos que, dos 37 indivíduos, 27 não são portadores de qualquer tipo de deficiência. Porém, treze indivíduos, apesar de não terem qualquer deficiência, necessitam de pequenos ou maiores apoios na vida quotidiana e na mobilidade. Assim, não podemos, em relação à presente amostra, concluir que existe uma correlação directa entre as variáveis dependência e deficiência.

Para uma caracterização mais completa, compreendeu-se que a questão da habitação devia ser tida em conta na pesquisa, uma vez que representa o local onde residem os clientes e também o espaço onde são prestados os serviços de apoio domiciliário. Desta forma, constatámos que 62,2% das habitações são arrendadas, sendo apenas 29,7% dos próprios clientes proprietários (os restantes 8,1% representam outras formas, tal como residirem conjuntamente com outros familiares). As tipologias das habitações consideradas foram: casa, apartamento (T1, T2, T3 e T4), parte de casa e barraca/casa abarracada. As percentagens demonstram que 27% residem numa casa, 48,6% residem num apartamento (T1 com 8,1%, T2 com 16,2%, T3 com 18,9% e o T4 com 5,4%), contudo devemos realçar que 21,6% vivem em partes de casa, em anexos e um caso é de barraca/casa abarracada.

Quanto às divisões das habitações, verificámos que a maioria possui as divisões de sala (86,5%), casa de banho (97,3%) e cozinha (97,3), porém estes indicadores não nos fornecem informações quanto às condições de habitabilidade (como por exemplo: a existência ou não de infiltrações, as condições de higiene, entre outros indicadores).

No que diz respeito à situação económica da amostra, verificámos que a principal fonte de rendimento é a reforma, 67,6%, sendo as outras fontes de rendimento associadas a pensões (de sobrevivência ou complementos por dependência). Apenas um indivíduo não tem qualquer fonte de rendimento e um outro cuja fonte é o vencimento pela prática de uma actividade profissional. Todavia, estamos a falar na sua maioria de clientes reformados, sendo que o rendimento médio *per-capita* do agregado familiar da amostra se situa nos 336,44€ mensais.

O serviço de apoio domiciliário é, na maioria, solicitado pelo próprio cliente (32,4%) ou então pelos filho(a)s (27%). Em 24,3% a solicitação de apoio parte de outros indivíduos que são familiares dos clientes (como tias, irmãs, noras, cunhado(a)s, genro(a)s); apenas um caso o S.A.D foi solicitado por uma amiga.

No que diz respeito aos tipos de serviços solicitados, constatamos que, apesar da existência de diversas combinações de serviços, há uma maior incidência no serviço de fornecimento de refeições (21,6%) e na combinação fornecimento de alimentação e tratamento de roupas (32,4%). O serviço de fornecimento de alimentação neste S.A.D não é prestado apenas a 8,1%. Constatamos também que, em média, o tempo de permanência no S.A.D é de três anos e nove meses.

No presente instrumento, foi criado um campo destinado às observações, informação recolhida do diagnóstico social realizado no processo respeitante ao pedido de apoio no domicílio. Através da análise de conteúdo verificamos que:

- alguns dos clientes já tinham tido no S.A.D um outro elemento da família a usufruir igualmente do apoio;
- a toxicodependência e o álcool são uma problemática presente no seio familiar de alguns dos clientes do S.A.D.

## **1.2. Inquérito por entrevista aos clientes do serviço de apoio domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Peniche: apresentação e análise dos dados recolhidos**

A partir da amostra de 37 clientes formaram-se grupos segundo as faixas etária estabelecidas: menos de 65 anos de idade; entre 65 e 75 anos de idade; com mais de 75 anos de idade. Cada grupo tem cinco elementos, sendo um total de quinze inquéritos por entrevista a aplicar. Salientamos que os critérios de selecção e procedimentos foram expostos no capítulo das opções metodológicas.

O inquérito por entrevista é composto por duas partes: 1ª Parte - aplicação do Easycare; 2ª Parte – o inquérito por entrevista criado com a finalidade de obter as opiniões e atitudes dos clientes sobre o S.A.D.

### **1.2.1. EASYcare**

É um instrumento de avaliação rápida do bem-estar físico, mental e social de uma pessoa idosa, o qual permite avaliar a percepção dessas pessoas em relação às suas capacidades (se se sentem capazes de ...). A cada opção é dado um valor, valor esse que varia de 0 a 9, dependendo do número de opções e da própria atribuição de valores. Isto é, a atribuição não é igual, porque existem opções que variam de 0 a 3 e outras que têm valores de 0 e 6 ou de 0, 2 e 4. Compreendamos que quanto mais elevados os valores atribuídos, maior a sua associação/atribuição a factores negativos como, por exemplo: maior incapacidade, maior insatisfação, maior frequência de ocorrência de problemas ou de maiores necessidades.

No primeiro agrupamento de opções que dizem respeito à pontuação da incapacidade física num máximo de 12 pontos, verificámos um valor médio de 1,2 pontos, o que indica índices de incapacidade física baixos.

No que se refere à percepção da qualidade de vida pelo sujeito, o valor médio foi de 11 para um máximo de 15, sendo a variável - como considera a sua saúde - que reuniu maior pontuação ao considerarem-na como fraca. Contudo, em termos gerais e segundo os valores da pontuação desta amostra, estes apontam para uma percepção de não qualidade de vida.

Quanto à área funcional, a pontuação média atingiu 12 pontos num máximo de 23, sendo a variável - se consegue preparar as suas próprias confecções - com maior pontuação, o que desde já vai ao encontro do facto do fornecimento de almoço ser o serviço de apoio domiciliário mais prestado pela SCM de Peniche. Individualmente, há valores que atingem a pontuação máxima, em que a área funcional é nula.

A pontuação para a mobilidade tem um máximo de 41, e a média verificada foi de 17,8 pontos, o que é considerado um valor baixo, pressupondo uma alta mobilidade por parte da amostra. Também se registou um valor médio baixo para as actividades relacionadas com os cuidados pessoais, em que no máximo de 19 contámos 6,4 pontos. Quanto ao agrupamento referente ao controlo esfíncteriano registaram-se maiores dificuldades na continência urinária, mas como valores médios registou-se a pontuação de 6,3 para um máximo de 17, o que também é uma pontuação baixa.

No final da pontuação destes diferentes agrupamentos de variáveis (incapacidade física; percepção da qualidade de vida pelo sujeito; área funcional; mobilidade; actividades de cuidados pessoais e controlo esfíncteriano), procedeu-se à soma dos scores e obteve-se a pontuação média de 42,3, um valor afastado da pontuação máxima de 100, o que significa um índice baixo de incapacidade, em que apenas cinco casos se encontram acima da pontuação de 50 pontos e unicamente um caso tem a pontuação máxima.

Quanto à escala geriátrica de depressão e segundo a pontuação de depressão obtida, podemos afirmar que os valores são preocupantes, pois apenas dois elementos da amostra não apresentam qualquer indício de depressão (0 de pontuação) e a média é de 2 valores, o que indica que estamos, segundo esta escala, perante casos com tendências depressivas e que deveriam ser alvo de uma avaliação mais detalhada.

### **1.2.2. Inquérito por entrevista**

Na segunda parte do inquérito por entrevista aos clientes do S.A.D da SCMP foi desenvolvido um inquérito que se organiza em duas partes distintas:

- **Caracterização da rede de apoio e sociabilidade** – podemos constatar que 40% da amostra tem contacto diário com a sua família, e, quando não é diário, pelo menos este acontece com uma certa regularidade (semanalmente ou mensalmente). Os contactos, na sua maioria são presenciais, pois fazem (26,7%) ou recebem visitas (33,3%), sendo também os contactos telefónicos

forma de contacto para além das visitas. Contudo, existem 13,3% que responderam ter raros contactos com a família.

Mas, quando questionámos se consideravam estar as vezes suficientes com a família e amigos, 80% disseram que sim. Porém, quando inquirimos porquê, as respostas demonstraram um sentimento de conformismo para com a frequência de contacto (comentário: “Sim, porque eles têm a vida deles.”). Nos casos em que residem com familiares, ao questionarmos quais as pessoas com que contactam mais, a presença das ajudantes familiares do S.A.D é algo evidente, e o familiar é o cônjuge, sendo com menor menção o(a)s filho(a)s. Podemos verificar que a sociabilidade e a rede de apoio da amostra acaba por estar muito restrita.

**- Caracterização das atitudes perante o S.A.D - práticas e atitudes** – de início procurámos saber se algum dos inquiridos tinha já usufruído por parte de outra instituição serviço de apoio domiciliário e a resposta foi negativa. O que pressupõe que a opinião dos inquiridos não se baseia na comparação. Desta amostra, 13,3% tem o cônjuge a beneficiar igualmente dos serviços do S.A.D da SCMP, e as razões que levaram a solicitar este serviço foram a inexistência de capacidade funcional (13,3%) ou a ausência de apoio (com 20% ou por estar sozinho ou por não ter a quem recorrer), ou ambos os motivos (33,4%). Estes valores levam a crer na existência de uma fraca rede de apoio em relação a estes clientes, como já se conjecturava na primeira parte da análise dos dados da caracterização da sociabilidade e rede de apoio dos mesmos.

Quanto aos serviços mais prestados pelo S.A.D, os valores vão ao encontro dos recolhidos através da ficha de recolha de dados, pois o fornecimento de almoço é o serviço mais prestado (singularmente ou conjuntamente com outros serviços) com 86,6%. Apenas 6,7% não tem este serviço. Quanto à opinião dos clientes de como é que eles consideram que este serviço é prestado, inquirimos quanto à forma de confecção, à quantidade, à composição da ementa e quanto ao respeito dos gostos/dietas dos clientes. As respostas foram percentualmente positivas nos diversos aspectos, pois 60% considera as refeições bem confeccionadas, bem servidas (80%) com uma ementa variada (66,7%) e um serviço que respeita, na sua maioria, (86,7%) os gostos e dietas dos próprios clientes. Porém, houve comentários por parte de alguns inquiridos de que tanto a confecção como as ementas são consideradas genericamente positivas, devido ao facto de se destinarem a “pessoas doentes” e a “velhos”, isto é, tratam-se de ementas na base dos cozidos e grelhados e de pouco tempero.

No que diz respeito aos outros serviços de maior solicitação estes são: os cuidados de higiene pessoal e o tratamento de roupa. Nos cuidados de higiene pessoal, 40% não usufrui de cuidados de higiene pessoal, 53,3% dos que usufruem consideraram serem efectuados as vezes que gostariam e com cuidado, e têm na sua maioria cuidados duas vezes por dia. Em nove indivíduos que têm este serviço, um indivíduo considera que o mesmo é dado as vezes que gostaria, porém diz não haver cuidado na prestação do apoio. Nas observações/comentários, registou-se o facto de as vezes serem



as suficientes, porém as horas por vezes serem tardias no caso das higiênes matinais e muito cedo no período da tarde.

No serviço de tratamento de roupa, 86,7% usufrui contra 13,3% que não tem este serviço, registando-se apenas 6,7% de não total satisfação com o presente serviço. Apesar de considerarem na sua maioria que a roupa é bem lavada e bem passada, comentaram que por vezes existem atrasos na entrega da mesma.

Ao inquirir os clientes sobre a forma como estes faziam antes de terem o SAD, detectamos que, em oito respostas, o apoio era dado por um familiar e que, por razões diversas (razões de saúde e/ou profissionais), deixou de estar disponível para a prestação dos cuidados ou então houve um agravamento do estado de saúde dos clientes, o que requeria cuidados mais assíduos e profissionais.

Quanto às ajudantes familiares, os clientes consideram-nas: 33,3%, muito simpáticas; 20%, apenas simpáticas, e 40%, para além de as considerarem simpáticas, afirmam que são atentas aos problemas. Desta forma, as ajudantes familiares são tidas como umas amigas por 66,7%, como uma ajuda por 26,7%, e como uma companhia por 6,7% dos clientes. Ao perguntarmos o porquê das respostas, estas foram, entre outras: “Porque já cuidam de mim há muito tempo”, “Tratam-me bem”, “Porque estão sempre a perguntar se eu preciso de alguma coisa”. Desta maneira, a figura da ajudante familiar não é percebida como uma intrusa ou estranha, o que para um serviço de proximidade é essencial.

No final do inquérito, colocou-se a questão de qual a principal razão para a sua satisfação ou insatisfação para com o S.A.D, e todos os inquiridos estão satisfeitos com os serviços prestados, indicando que tal se deve à companhia (20%), à qualidade dos serviços (20%), ou a ambas. Algumas observações foram que necessitam do apoio domiciliário para a sua vida quotidiana e que para tal estão bem servidos.

Quanto às sugestões, houve sete indivíduos que as indicaram. Assim, três elementos da amostra gostariam que houvesse apoio aos fins-de-semana para aqueles casos que realmente necessitam, um indivíduo apontou para a realização de mais passeios, dois para que o horário da prestação dos serviços fosse mais prolongado, e, por fim, que o serviço de limpeza do domicílio fosse alargado a toda a residência do cliente e não apenas à casa de banho e quarto.

### **Síntese do Capítulo**

No presente capítulo foram apresentados os dados recolhidos junto dos clientes do serviço de apoio domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Peniche, através de instrumentos quer de recolha directa quer de indirecta.

O sistema cliente começa por ser caracterizado quanto à idade, género, estado civil, composição do agregado, níveis de instrução. Mas, também sob outros aspectos, como por exemplo: a tipologia da habitação, as condições físicas e de saúde, a situação económica, os serviços de que beneficiam por parte do S.A.D.

Após o “retrato” do cliente, são expostos os dados obtidos pela aplicação do inquérito por entrevista e também são apresentadas as pontuações obtidas através da aplicação do EASYcare.

Para além da análise qualitativa e quantitativa dos dados recolhidos, é efectuada também a interpretação desses mesmos dados.

---

## Capítulo VIII – O sistema interventor

---

## Capítulo VIII – O sistema interventor

### 1. Análise dos dados recolhidos

Neste estudo, o sistema interventor é o S.A.D da Santa Casa da Misericórdia de Peniche, e, para melhor o compreender, foram alvo de inquérito as ajudantes familiares e o responsável pelo serviço. Estes representam duas formas de intervenção: directa – prestada directamente aos clientes pelas ajudantes familiares; indirecta – através da gestão da resposta social pelo responsável pelo serviço.

A figura de ajudante familiar foi criada em 1989 (Decreto lei nº141/89 de 28 de Abril). Trata-se de pessoas que, em articulação com instituições, prestam serviços domiciliários imprescindíveis à normalidade da vida da família, nos casos em que os mesmos serviços não podem ser prestados pelos seus membros. Aos ajudantes familiares no exercício da sua actividade compete:

- Prestar ajuda na confecção das refeições, no tratamento de roupa e nos cuidados de higiene e conforto pessoal dos clientes;
- Realizar no exterior serviços necessários aos clientes e acompanhá-los nas suas deslocações, sempre que necessário;
- Ministras aos clientes, quando necessário, a medicação prescrita que não seja da exclusiva competência dos técnicos de saúde. (ABRANTES, 2003)

#### **1.1. Inquérito por entrevista às ajudantes familiares do serviço de apoio domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Peniche: apresentação e análise dos dados recolhidos**

A SCMP actualmente tem cinco equipas. Cada equipa é composta por duas ajudantes familiares. Há ainda duas ajudantes familiares que fazem as substituições de colegas. O inquérito por entrevista foi aplicado a onze ajudantes; não se aplicou a uma delas porque a mesma se encontra de baixa médica há mais de um ano.

Tal como acontece na maioria dos serviços de proximidade, o papel de cuidador é predominantemente representado por mulheres, e, no S.A.D da SCMP, não é diferente. Todos os cuidadores são mulheres com idade média de 41 anos. Na sua maioria casadas e com filhos, e 63,6% das ajudantes têm familiares idosos. A nível de habilitações literárias, possuem a escolaridade obrigatória (9ºano) incompleta e têm formação/curso de ajudantes familiares. No campo das observações, registou-se que as ajudantes familiares da SCMP, em média, exercem a profissão cerca de sete anos, e que foi nesta mesma instituição que a iniciaram.

A situação de desemprego (63,6%) foi a principal motivação para a escolha do trabalho de ajudante familiar, sendo três as que optaram pela razão de sempre terem querido trabalhar com idosos. Independentemente das motivações, inquirimos sobre qual a parte do trabalho que mais gostavam e foram recolhidos respostas como: “A relação que se estabelece com os utentes e a experiência que se partilha.” (Entrevistado 7), “A ligação com os idosos.” (Entrevistado 1), “ O contacto com os

idosos.” (Entrevistado 2), “Gosto de dar apoio aos idosos.” (Entrevistado 4) Estas repostas evidenciam a importância do tipo de relação que se estabelece entre ajudante familiar e cliente. A forma metódica como se realizam as higiènes pessoais aos mais dependentes foi igualmente respondida, porém em menor número de respostas.

As ajudantes familiares afirmaram que sentem dificuldades enquanto profissionais, e estas não se reportam à relação que estabelecem com os clientes, pois a aquisição da confiança e o ajustar o S.A.D aos hábitos dos clientes foram opções excluídas. A falta de informação/formação e a falta de equipamento para a prestação dos serviços não foram igualmente apontadas como obstáculos à prática da profissão. Quanto ao número de idosos, 54,5% considerou que o facto de por vezes ser um número elevado de clientes faz com que haja “Falta de tempo, disponibilidade para prestar um serviço “completo.” (Entrevistado 2), “O grande número de utentes impossibilita a prestação de um melhor serviço.” (Entrevistado 11).

A própria situação de precariedade em que se encontram alguns idosos constitui para 63,6% uma dificuldade para o desempenho da sua acção (comentário: “A falta de condições que alguns utentes apresentam.” (Entrevistado 7) e um problema para os próprios clientes. Alguns comentários foram feitos no sentido de se realizarem mais acções de formação, e foi levantada a questão de que os familiares dos clientes deveriam também ter formação ou ser informados sobre o trabalho das ajudantes familiares de forma a melhor compreender e facilitar o desempenho das mesmas através da provisão de equipamentos, de produtos de higiene e conforto pessoal. Uma dificuldade apontada por seis das onze ajudantes familiares foi a questão do stress físico e psíquico a que estão sujeitas, argumentando que é uma profissão que exige esforço físico e, por vezes, a escassez de condições dos clientes agrava esse esforço. Também a existência de situações precárias quer físicas quer emocionais de alguns clientes e até por vezes de alguns familiares justificaria um apoio psicológico.

O S.A.D foi considerado, por 72,7% das ajudantes familiares, um serviço que não preenche todas as necessidades dos clientes. Foram apontadas as necessidades de presença no âmbito da integração e participação familiar, necessidades essas não preenchidas pelo S.A.D (63,6%). As necessidades fisiológicas, as de auto-estima e as de realização pessoal não foram relevantes.

Os 27,3% que consideraram que o S.A.D satisfaz as necessidades argumentam que o S.A.D realiza a prestação de um serviço, de uma ajuda e que não lhe compete substituir a família. A questão da integração e participação familiar é entendida como uma necessidade a ser satisfeita pelos familiares dos clientes (comentário: “Não satisfaz e não compete ao S.A.D preencher todas as necessidades.” (Entrevistado 10)) Poderemos estar presente de uma forma de institucionalização, em que o cliente recebe o apoio por parte de instituição e recebe visitas de familiares, com a instituição a passar a ser a principal responsável pelo cliente. Contudo, ambas as opiniões acabam por mencionar o mesmo

ponto: a presença, integração e participação familiar, reconhecendo-a como uma necessidade dos clientes do S.A.D.

As ajudantes familiares são unânimes ao considerarem que a qualidade de vida dos clientes melhorou com o S.A.D, melhoria essa constatada pelos cuidados de higiene e alimentares, pois através da criação de hábitos/costumes aumenta o conforto e melhora o estado de saúde (comentário: Entrevistado 7: “A criação de hábitos de higiene, horários. E existem casos que o S.A.D significou esse aumento de qualidade de vida”; Entrevistado 2: “Um maior conforto (alimentação com as refeições a horas certas, o tratamento de roupa, o controle de medicação e um aumento da confiança.”) A presença regular de agentes cuidadores promove a auto-estima, pois esta presença para alguns representa uma amizade, uma forma de combater a solidão/isolamento em que muitos se encontram. A melhoria da qualidade de vida não é só pelo aspecto físico, mas também psicológico.

No sentido de melhorar mais a qualidade de vida dos clientes do S.A.D, as ajudantes familiares apontam para a existência de mais ajudantes (54,5%) de forma a que “(...) mais ajudantes, para o número de utentes ser distribuído e assim ser prestado um melhor serviço.” (Entrevistado 6) e para a iniciação de um projecto de combate ao isolamento e solidão (45,5%). As opções de prolongamento do horário (com 9,1%), a extensão do S.A.D aos fins-de-semana (27,3%) e a necessidade de mais recursos materiais (9,1%) não foram consideradas como formas que a nível do S.A.D iriam melhorar a qualidade de vida dos clientes. Porém, foi indicada outra acção “A limpeza do domicílio.” (Entrevistados 8 e 3). Contudo, o prolongamento do horário deveria ser entendido não para todos, mas para aqueles que realmente necessitam do mesmo, como a prestação de serviço domiciliário ao fim-de-semana (“Prolongamento do horário e os fins-de-semana só para aqueles que realmente necessitam, pois o S.A.D não deve substituir a família.” (Entrevistado 11); “Depende de caso para caso, pois há utentes para os quais o S.A.D é mais do que suficiente e outros para os quais é insuficiente.” (Entrevistado 7)). Assim, a questão da presença/responsabilidade dos familiares é realçada, pois “Não prolongar o S.A.D 24h ou fins-de-semana, porque senão os familiares deixariam de lá ir e os idosos assim podem exigir a sua presença, e as famílias têm cada vez menos valores intergeracionais.” (Entrevistado 4). Esta situação remete para o papel que o S.A.D deve ter juntos dos clientes.

Ao nível da comunidade as ajudantes familiares consideraram as seguintes medidas como promotoras da melhoria da qualidade dos idosos: a gratuidade de determinados serviços ao domicílio (justificando que tal se deve às “(...) características dos idosos de Peniche (...)” (Entrevistado 6)) - pois são detentores de pensões baixas, já que muitos são reformados de actividade piscatória - mas para aqueles que mais necessitam (63,6%), o desenvolvimento de algo que mantivesse os idosos activos (63,6%) (comentário: “(...) manter activos os idosos, como por exemplo as piscinas.” (Entrevistado 6), “Maior diversidade de actividades como: ginástica, teatro, cinema, idas à discoteca.” (Entrevistado 5))

e também uma maior capacidade institucional (63,6%). Porém, as inquiridas realçaram que, por vezes, existem as iniciativas e os equipamentos na comunidade vocacionados para melhorar a qualidade de vida dos idosos, porém, diariamente não parecem funcionar de forma plena ("Existem respostas, mas o problema é que estão a ser menos bem geridas." (Entrevistado 7)), podendo ser por falta de informação/sensibilização dos públicos alvos.

Procurámos saber junto das ajudantes familiares qual era, para elas, o papel dos idosos enquanto elementos da comunidade, e estes são essencialmente encarados como transmissores de experiência ("É a experiência de vida, a transmissão, e vê-lo como idoso, pessoas mais e mais nada" (Entrevistado 2); "São transmissores de experiência, para não repetirmos os erros e prevenirmo-nos no futuro." (Entrevistado 3); "Têm um papel importante pela a transmissão de experiências." (Entrevistado 7); "São testemunhos de experiência." (Entrevistado 9); "São transmissores de experiências de vida, testemunhos do passado." (Entrevistado 10); "São o símbolo do esforço, do trabalho e conhecimento de vida." (Entrevistado 11). Os idosos "são elementos da sociedade, parte do ciclo da vida." (Entrevistado 4), que "representam a sociedade, a identidade, a raiz, a memória da sociedade. Devem ser reconhecidos pelo que foram; fazem parte dos "livros da biblioteca", são uma peça da sociedade. (...)." (Entrevistado 5). Elementos da sociedade, "(...) só que com mais limitações." (Entrevistado 6) e que sofrem de "(...) uma marginalização". (Entrevistado 5) e também são tidos na sociedade como "produtores" de empregos ("O Idoso representa na sociedade a criação de postos de trabalho." (Entrevistado 8).

Não devemos deixar de registar que nesta última questão houve uma certa dificuldade em responder, pois junto destas cuidadoras o papel dos idosos enquanto elemento da sociedade era algo que não estava bem definido.

## **1.2. Entrevista semi-estruturada ao responsável pelo serviço de apoio domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Peniche**

Com o objectivo de melhor compreender a dinâmica do serviço de apoio domiciliário, efectuou-se uma entrevista ao responsável pelo S.A.D. A apresentação da análise dos dados será por temáticas; em anexo encontra-se o guião de entrevista, e, em suporte informático, a gravação da mesma.

### **- Função exercida e tempo de experiência na Santa Casa da Misericórdia de Peniche**

O entrevistado qualificado preside a *uma Mesa composta por 7 elementos*, sendo que o Provedor é responsável pelos diferentes equipamentos sociais da SCMP. Para além da sua função, o entrevistado já possui uma ligação muito próxima e duradoura com a instituição, uma vez que participou de um grupo de indivíduos que há cerca de 30 anos assumiu a direcção da Misericórdia de Peniche, num momento em que esta atravessava uma *crise porque, após a nacionalização do Hospital, as pessoas que constituíam a Mesa da Misericórdia sentiam-se desmotivadas e chegaram a aventar a hipótese da Misericórdia se extinguir*. A acção da Santa Casa consistiu, de início,

*essencialmente em consolidar o património que a Misericórdia tinha e em gerir um Centro de Actividades de Tempos-livres.*

#### **- Caracterização do S.A.D**

Procurámos conhecer o S.A.D através do seu responsável, pois, como podemos constatar, este acompanhou todo o processo de formação e concretização do S.A.D até aos dias de hoje.

*A origem do S.A.D deveu-se às carências de Peniche no que dizia respeito á assistência social e porque a ausência de um serviço de apoio domiciliário era muito sentida. A primeira resposta de apoio domiciliário no concelho de Peniche surgiu com a SCMP, iniciando-se em Março de 1998. Começou com um número relativamente reduzido de utentes e foi crescendo.*

*Os objectivos desta valência são proporcionar os serviços que são tradicionalmente prestados pelo serviço de apoio domiciliário, isto é, fornecimento da refeição, tratamentos de roupas, colaboração na higiene pessoal e no domicílio, e prestação de pequenos serviços, pequenas compras, a quem carece deles. Segundo a opinião do entrevistado, o grande objectivo da existência de um apoio domiciliário é procurar que as pessoas que, nomeadamente pela idade ou pela doença, vão ficando com carências de mobilidade recebam sobretudo apoio de forma a que pelo máximo tempo possível não careçam de um internamento. Contudo, este admite a dificuldade em cumprir tal objectivo, porque o S.A.D não consegue resolver todos os problemas, como, por exemplo, o acompanhamento permanente em que o internamento num lar é indispensável.*

*No que diz respeito à sustentabilidade financeira do S.A.D, os recursos financeiros que a Misericórdia conta são praticamente três: o apoio da Segurança Social, que concede participação na sequência de acordos de cooperação; a importância paga por cada um dos utentes de acordo com as suas capacidades financeiras, e os recursos materiais que a Misericórdia disponibiliza.*

*Quanto aos recursos humanos, o entrevistado explica como se tem processado a selecção, recorre-se ao Instituto de Emprego e normalmente as admissões ocorrem através dos programas de acordo ocupacional e a admissão ocorre quando as pessoas revelam uma maior capacidade, um maior interesse e uma maior vocação para prestação dos serviços. A formação contínua é uma preocupação, pois para o Provedor é importante que as ajudantes familiares se mantenham em formação permanente.*

*Em relação ao ponto do funcionamento espacial e temporal do S.A.D, pretendia-se saber o porquê dos cinco dias e a prestação do apoio apenas na cidade de Peniche. A justificação do entrevistado para o funcionamento de segunda a sexta-feira deve-se à filosofia da prestação do serviço de apoio domiciliário para que efectivamente os fins-de-semana sejam uma preocupação dos familiares, quando eles existem, para não se provocar (...) um desinteresse completo (...) por parte dos*



*familiares dos utentes do serviço de apoio domiciliário. Porém, tal como algumas ajudantes familiares através do inquérito por entrevista, o Provedor também reconhece por vezes é difícil para alguns elementos que não têm família, mas que até hoje tem sido possível manter o serviço esses cinco dias por semana.*

O funcionamento espacial do S.A.D foi considerado no início para todo o concelho, *embora tenha começado pela cidade de Peniche. Entretanto criaram-se em vários pontos do concelho alguns outros serviços de apoio domiciliário.* Para além do surgimento de outros serviços, a dificuldade em gerir o próprio serviço, como na questão da *distribuição de almoços* (pois *uma saída fora da cidade representa em termos de tempo uma quantidade de tempo que vai criar a dificuldade quanto à quantidade de almoços que são confiados a cada equipa*, por exemplo) fizeram com que fosse tido como uma *vantagem cobrir uma área geográfica relativamente pequena* e, desta forma, *praticamente abdicando de servir o concelho (a não ser localidades mais próximas da sede do concelho).*

Procurámos saber a opinião do entrevistado sobre as características dos clientes do S.A.D da SCMP, no sentido de saber se existe algum perfil. O entrevistado começou por dizer que um factor determinante no S.A.D é *a instabilidade do número de utentes, porque se verifica um falecimento ou porque se dá um internamento num lar, e o número de utentes vai variando. O que faz variar as características dos próprios clientes, já que pessoas que deixam o serviço, o tipo de apoio daqueles que entram pode ser muito diferente daquele que era prestado àqueles que saíram.* Desta forma também não existe *uma tipificação do serviço prestado em média aos utentes, isto é, servem-se aqueles que estão acamados, servem-se aqueles que não estão acamados, servem-se aqueles que têm perfeita locomoção, mas que têm dificuldades em confeccionar refeições, por exemplo.* Contudo, o entrevistado diz que *de uma maneira geral são pessoas idosas ou doentes e com deficiência, e que as carências de cada um variam e o serviço é prestado de acordo com as carências que cada um sente.*

A variabilidade apontada pelo entrevistado como uma característica do S.A.D faz que não exista um serviço mais relevante que o outro no apoio domiciliário, uma vez *que há épocas em que o número de utentes carecidos de fornecimento de refeição é grande e o número daqueles que recorrem por higiene diária é menor, mas isso tem variado muito.*

No que diz respeito ao ponto da articulação entre a SCMP e outras instituições, o entrevistado considera *uma articulação perfeita com os serviços da segurança social e com as outras instituições locais a todos os níveis.*

**- Principais problemas com que os clientes do S.A.D se confrontam**

Os problemas identificados pelo entrevistado como sendo aqueles que mais afectam os clientes do S.A. D *são normalmente a precariedade de saúde, ou por doença ou então simplesmente pelo desgaste da idade*; os *problemas financeiros*, uma problemática também evidenciada pelas ajudantes familiares e também presente na ficha de recolha de dados em que o rendimento mensal médio é de 336,44€. *A solidão é efectivamente um dos grandes problemas que afecta sobretudo os idosos e mesmo aqueles que têm família, pois, uma vez que vivem longe, esta não os acompanha com regularidade, e o entrevistado indica que uma forma de atenuar este problema é através da realização periódica de convívios e de passeios.* Questões de insegurança é um problema que para o entrevistado não se apresenta como maior preocupação, contudo a questão da precariedade da habitação tem-se apresentado, sendo que para ser resolvida tem que ser através de outros apoios *para melhorar as condições de habitação*, assumindo que foram poucos os casos em que tal aconteceu.

**- Obstáculos com que o S.A.D se depara**

Procurámos saber se o S.A.D tem dificuldades e, se sim, quais. O entrevistado, responsável pelo mesmo, aludiu à *insuficiência das instalações*, não pelo o facto de não serem adequadas, mas sim pela capacidade limitada (porque *o número de utentes é muito grande e a crescer, e a cozinha tem limites*).

A não prestação do S.A.D aos fins-de-semana é assumida como um problema e preocupação pelo facto de para alguns clientes corresponder a *uma necessidade*. A dificuldade, segundo o responsável, é a *transformação de um serviço de cinco dias*, devido *aos horários estabelecidos, ao próprio funcionamento e ao escalonamento de funcionárias*.

Mais que uma dificuldade, o responsável sente como uma necessidade a criação de uma resposta social que dê continuidade ao serviço prestado pela Misericórdia, isto é, proporcionar àqueles clientes a que o apoio domiciliário já não satisfaz as suas necessidades a opção de internamento num Lar.

O entrevistado aponta a existência de um lar, centro de dia, como a solução para os problemas anteriormente indicados, pois o lar daria continuidade à acção da SCMP, criaria condições físicas e de funcionamento para a *prestação do serviço de apoio domiciliário a sete dias da semana* e a um maior número de clientes.

**- Em que medida o S.A.D contribui para a melhoria da qualidade de vida dos seus clientes**

Para o entrevistado, é evidente que o S.A.D influencia *fortemente a qualidade de vida dos utentes, uma vez que aqueles que vivem isolados ou que viviam isolados deixam de viver isolados, aqueles que têm dificuldade em confeccionar refeições passam a ter as refeições confeccionadas, aqueles que têm dificuldade em tratar do seu alojamento e até da sua higiene pessoal passam a ter o apoio.* Opinião esta em clara sintonia com as das ajudantes familiares.

O entrevistado assume a particularidade do S.A.D, em comparação com as outras respostas sociais da SCMP (Creche e Infantário), ser a que requer maior atenção por parte da direcção da Mesa, *por tratar de situações que têm de ser analisadas e acompanhadas com muito cuidado, o que obriga efectivamente a procurar recursos. Isto porque o serviço prestado aos mais novos, quer na creche quer na pré-primária, em termos de pessoal, desde o início do ano até ao final do ano lectivo, estabiliza e a nível geral não temos problemas. Já o que diz respeito ao apoio domiciliário não é assim, é diferente. Há que procurar servir todos e o melhor que for possível.*

**- Projectos futuros**

O projecto da SCMP é a construção de um Lar, uma vez que vem do *reconhecimento de que em Peniche o número de lugares em Lar é diminuto para as necessidades. Um projecto no mesmo edifício, equipamento este que vai possuir um serviço de Centro de Dia, para que no Lar se mantenha uma vida que não seja de isolamento dos utentes internados.* Será uma resposta que representa uma preocupação com a problemática isolamento e solidão.

Este projecto também vai ao encontro de uma situação descrita pelo entrevistado *de alguns utentes do serviço de apoio domiciliário terem de deixar de ser servidos pela Misericórdia, porque a sua debilidade os obriga a um internamento, e isso significa, de uma maneira geral, que vão viver para fora de Peniche, fora do meio em que sempre viveram, longe dos amigos, longe da família, longe do que é o seu meio habitual.* Assim, a resposta Lar é tida como aquela que se segue ao S.A.D e, desta forma, vem dar continuidade à prestação da SCMP.

A criação de um Lar com o apoio da segurança social vai *permitir criar condições de cozinha e lavandaria para poder permitir aumentar o número de utentes do serviço de apoio domiciliário.* O entrevistado vislumbra que, com este projecto, *poder-se-ão criar condições, que hoje não existem, para prestar o serviço de apoio domiciliário durante os sete dias da semana.*

### **Síntese do Capítulo**

Neste capítulo realizou-se a apresentação e a análise dos resultados obtidos através do inquérito por entrevista às ajudantes familiares e da entrevista semi-estruturada ao responsável pelo S.A.D da Santa Casa da Misericórdia de Peniche.

Os objectos alvos da aplicação destes dois instrumentos de pesquisa representam os agentes directos do sistema interventor. Desta forma, procurámos saber a opinião dos mesmos sobre o próprio sistema - S.A.D - , como também sobre o objecto em que exercem a sua acção.

Inicialmente são apresentados os dados recolhidos junto das ajudantes familiares do S.A.D e posteriormente os dados da entrevista semi-estruturada ao responsável pelo serviço de apoio domiciliário, com a finalidade de melhor compreender o entendimento de cada um destes interventores consoante a sua acção no sistema.

---

## Conclusão

---

### Conclusão

O estudo de caso aqui apresentado processou-se seguindo uma determinada metodologia que nos possibilitou não apenas o aprofundar de conhecimentos teóricos, como também o depararmo-nos com problemas que só ocorrem quando fazemos trabalho de campo. Esta mais valia dá-nos a noção de que, se voltássemos ao ponto de partida deste mesmo estudo, este seria certamente diferente, uma vez que a experiência seria maior e as limitações sentidas seriam encaradas e ultrapassadas de outra forma.

No decorrer do processo de investigação, depararmo-nos com algumas limitações, nomeadamente, a limitação temporal que acabou por condicionar as opções metodológicas (por exemplo em relação à dimensão da amostra), as próprias características da amostra estudada (com a inconstância do estado de saúde dos clientes e a própria instabilidade de um serviço de proximidade onde ocorrem frequentemente alterações, quer quanto ao número de clientes servidos, quer quanto ao de tipo de serviços prestados).

Os obstáculos foram sendo contornados. Realçemos que, aquando da realização do pré-teste do inquérito por entrevista aos clientes do S.A.D da SCMP, detectámos que aplicação do mesmo não poderia ser directa, isto é, com a simples leitura e colocação das questões e suas opções, uma vez que verificámos que os inquiridos sentiam-se intimidados e as respostas eram pouco credíveis. Igualmente o facto de o entrevistador estar ligado à instituição acabaria por condicionar algumas das respostas. Desta forma, optámos por não surgir perante os inquiridos com uma postura “inquiridora” e optámos por utilizar a familiaridade do entrevistador no sentido de contornar os obstáculos. Assim, a aplicação do inquérito por entrevista decorreu como se de uma conversa se tratasse.

No início da investigação levantámos algumas questões, às quais se procurou responder durante a investigação desenvolvida.

#### **- O que caracteriza o grupo de clientes do S.A.D da Santa Casa da Misericórdia de Peniche?**

Com base na ficha de recolha de dados, podemos caracterizar genericamente o cliente que o S.A.D apoia: predominantemente são mulheres na média dos 80 anos. Sendo que não devemos ignorar a existência de onze indivíduos que se encontram entre os 40 e 64 anos de idade, que usufruem de S.A.D, o que não deixa de ser relevante. Porém, estamos a falar de clientes reformados, essencialmente de actividades relacionadas com a actividade piscatória, com reformas baixas (cerca de 336€ mensais), naturais da cidade de Peniche, com níveis baixos de instrução (62,2% com o ensino primário) e na sua maioria residem sozinhos. Em relação ao seu estado de saúde, a maioria não é portadora de doenças crónicas, tendo um grau de dependência baixo, já que 40,5% da amostra são autónomos.

Esta caracterização deve ter em conta a própria percepção dos clientes (com base numa amostra de 15 indivíduos e não de 37 indivíduos como aconteceu na ficha de recolha de dados). Obtivemos tal informação através da aplicação do EASYcare. Constatámos que os clientes percebem-se sem qualidade de vida, sobretudo pelas condições de saúde. Porém, na percepção de funcionalidade e mobilidade, os valores foram baixos, o que significa que a amostra possui funcionalidade e mobilidade. Este dado não deixa de ser interessante e, no final da soma dos “scores”, o resultado afirma que estamos perante uma amostra de baixo índice de incapacidade. Todavia, existe um dado relevante que diz respeito aos valores obtidos na escala geriátrica de depressão. Estes indicam uma tendência depressiva, o que pode ser uma possível explicação para esta antagónica percepção de não saúde e de altos valores de mobilidade e funcionalidade.

No que diz respeito à rede de apoio, verificámos que é composta por um número limitado e restrito de pessoas e a presença com quem mais os clientes contactam é a das ajudantes familiares. Constatámos que uma das razões mais indicadas para a solicitação do S.A.D foi a ausência de apoio, o que pode transparecer numa relação cliente/família um pouco desintegrada. Em alguns casos poderá dever-se à existência de problemáticas como a toxicodependência e alcoolismo. Com todos estes indicadores, podemos falar da existência da problemática da solidão e em alguns casos de isolamento.

#### **- Qual a opinião dos clientes do S.A.D sobre o mesmo?**

Nas atitudes perante o S.A.D, a amostra considerou que, na sua maioria, os cuidados prestados pelo S.A.D vão ao encontro das suas necessidades, sendo o fornecimento de almoço o serviço mais prestado pelo S.A.D (86,6%) quer individualmente quer em combinação com outros serviços. Ao questionarmos os clientes sobre a satisfação dos serviços, as respostas foram consonantes ao considerarem a confecção das ementas variada, bem servida e bem confeccionada. Em relação aos serviços de cuidados de higiene e conforto pessoal, consideram que são efectuados de forma cuidadosa e o número de vezes necessário. No que diz respeito ao tratamento de roupa, é igualmente positiva a opinião da amostra, considerando-a bem lavada e passada. Contudo surgiram comentários de que por vezes as horas de prestação dos cuidados de higiene são tardias e que a entrega da roupa por vezes é atrasada.

Os clientes consideram as ajudantes familiares uma ajuda e umas amigas, sendo atentas e cuidadosas na prestação dos serviços. A acção das ajudantes familiares, na opinião dos clientes, é sentida como mais de que uma simples prestação de serviços, considerando a sua acção como uma ajuda. Ao serem consideradas umas amigas, percebe-se uma ligação emocional entre cliente e cuidadores formais.

O grau de satisfação para com os serviços de apoio domiciliário da SCM de Peniche é atribuído essencialmente a dois factores: à qualidade dos serviços e à companhia que o serviço proporciona

pela sua acção. Esta resposta está em concordância com todo o discurso ao longo do inquérito, apesar de existirem algumas opiniões menos satisfatórias no que diz respeito aos serviços prestados. Estas não foram impeditivas de todos os clientes terem afirmado que se encontram com os serviços que usufruem do S.A.D da SCMP.

**-Será que as necessidades percebidas pelos clientes são coincidentes com as das ajudantes familiares e com as do responsável pelo serviço de apoio domiciliário?**

Sim, podemos afirmar que genericamente existe uma consonância, uma comum consciência das necessidades dos clientes. As ajudantes familiares indicam que um dos obstáculos que enfrentam em determinadas alturas é o número de clientes que têm de servir. Este facto impede de terem uma maior disponibilidade para cada um deles, uma vez que consideram a solidão um problema que afecta os clientes, pois muita das vezes solicitam a companhia, a atenção e a amizade das cuidadoras. Tal situação de solidão é igualmente tida como uma problemática pelo responsável do S.A.D. Uma opinião comum é a da incapacidade legítima do S.A.D em preencher as necessidades de presença e de integração familiar que os clientes sentem, pois responsável e cuidadores não atribuem uma função ou vocação do S.A.D para substituição da família. Trata-se de um processo de ajuda, e a família não se deve desresponsabilizar de cuidar dos seus familiares.

Em relação à prestação dos serviços aos fins-de-semana, é mais um ponto que o responsável pelo S.A.D, alguns clientes e ajudantes reconhecem como uma necessidade para alguns casos em que não existe apoio familiar. Acreditamos que, apesar de não possuímos muitos dados nesse sentido, a precariedade de alguns clientes a nível de condições de habitabilidade é uma igual preocupação para os mesmos, pois esta problemática foi assumida como um obstáculo tanto para os cuidadores como para o responsável.

**- Qual o contributo do S.A.D na qualidade de vida dos clientes?**

Pudemos perceber ao longo da investigação que o S.A.D tem um importante papel na qualidade de vida dos seus clientes, pois o facto de ser um serviço de proximidade, que privilegia o meio do cliente, e de lhe proporcionar os cuidados de que necessita, já por si só é um contributo. Porém, o contributo da S.A.D não se resume a ir ao domicílio dos clientes, pois advêm também da forma como os serviços são prestados, uma vez que proporcionam melhoras físicas e psicológicas. Físicas, através do simples fornecimento de refeições adequadas (como as dietas alimentares) que proporcionam uma alimentação equilibrada e atempada, promovendo a melhoria do próprio estado de saúde, ou através da prestação de cuidados de higiene e conforto pessoal que logicamente proporcionam bem-estar. A existência de equipas multidisciplinares (com a articulação com outros cuidadores formais como o caso de enfermeiros) naturalmente reflecte-se numa maior funcionalidade ou, em casos mais graves de grandes dependentes, no aumento do conforto. Consequentemente, esta prestação tem repercussões positivas a nível psicológico, com o aumento da auto-estima e confiança dos próprios clientes. Neste âmbito, muitas vezes o contributo de um serviço de proximidade passa pela



interligação, a presença, a interacção, e não se deve ignorar que o estabelecimento de uma relação de confiança é fundamental para a prestação de cuidados, e que a comunicação verbal e não-verbal constitui um importante instrumento na percepção posições de uns e de outros.

#### **- Qual o papel do S.A.D na vida dos clientes?**

O papel do S.A.D na vida dos clientes está intrinsecamente relacionado com o contributo deste para a melhoria da qualidade de vida, tal como anteriormente referimos, e com o processo de ajuda que resulta muitas das vezes na auto-valorização do cliente. Contudo, não devemos confundir o seu papel com o da família. Apesar de os seus cuidados acontecerem muito na esfera pessoal dos clientes, o seu papel tem de ser entendido como uma resposta social e, como tal, tem igualmente a missão de “empowerment”, ao estimular a inserção na vida social e o combate à exclusão.

Porém, não podemos deixar de salientar o facto de na presente amostra, aquando da sua caracterização, verificar que aquela se caracteriza na sua maioria como autónoma (40,5%) com necessidade de pequenos apoios na vida quotidiana. O facto de existir um número relevante de indivíduos (onze no total), com idades compreendidas entre os 40 e os 64 anos de idade, demonstra que este tipo de apoio não é solicitado nem prestado apenas a situações de dependência grave ou a idosos.

Esta constatação remete-nos para a reflexão de que o papel do S.A.D tem-se alterado e, apesar de não podermos extrapolar estes dados para outras populações e casos, não deixa de ser lógico que mudanças nos comportamentos pessoais e na sociedade em geral não tivessem consequências nos serviços de proximidade. Assim, não nos podemos deixar de questionar sobre as implicações que tais características acarretam, simplesmente nas motivações, ou nas necessidades, que serão certamente diferentes, o que requererá abordagens diferentes, com talvez um ajustamento do tipo de respostas por parte do S.A.D.

De seguida iremos apresentar **algumas sugestões** que nos parecem pertinentes.

Ao nível macro, constatámos que, tal como foi referido, a falta de consistência por parte da legislação nacional, nomeadamente no quadro normativo do apoio domiciliário, origina com todas as suas fragilidades o surgimento e a permanência de situações não ideais desta resposta social, que se quer de qualidade. Consideramos importante a intervenção, a nível de medidas políticas públicas, essencialmente orientada no âmbito da segurança social e familiar, como a criação de um novo quadro normativo ou a complementaridade do presente quadro, de forma a combater estas e outras futuras debilidades. Esta seria uma medida que representaria uma estratégia de coesão social ao proporcionar melhores condições e novas formas de desenvolvimento.

Quanto ao nível micro, sugerimos:

- com base na pesquisa bibliográfica, tomámos conhecimento de medidas que poderão aumentar a qualidade na prestação dos serviços. Essas melhoras acontecem muitas vezes não só a nível da prestação de cuidados, mas também, da administração. Isto é, os actuais processos de pedido de apoio domiciliário da SCMP não possuem determinada informação que no nosso entender é útil quer para os técnicos quer para os cuidadores formais (como por exemplo, especificar as condições de habitabilidade, com referência à existência de rede de esgotos, electricidade, etc; bem como a especificação da medicação ou tratamento terapêutico). Assim, sugerimos a introdução desta informação;

- aquando da recolha de dados nos processos de pedido de apoio domiciliário, detectámos a falta de informação médica que nos pudesse comprovar a existência ou não de doença crónica. Assim, pensamos que a apresentação de um atestado médico deveria de ser requerido no momento de admissão do cliente. Este procedimento seria uma mais-valia e salvaguarda para a instituição, quer na defesa dos seus interesses quer, principalmente, na dos interesses do próprio cliente, ao possibilitar a equação das respostas mais adequadas de serviço de apoio domiciliário;

- facultar os resultados aos participantes do estudo e aos responsáveis da instituição, para que haja em conjunto uma reflexão sobre os resultados obtidos e assim encontrar soluções para uma nova actuação;

- motivar para um estudo que permita a avaliação das competências de “saber estar” e “saber ser”, pois, ao falarmos de cuidados e serviços de proximidade, a relação interpessoal é algo de extrema importância. Na presente investigação não foi explorada essa questão;

- a instalação gradual de um método de gestão de qualidade, de forma a monitorizar toda a resposta social, possibilitando assim um acompanhamento qualitativo da prestação dos serviços;

- a problemática da solidão é algo que é assumido por todos os intervenientes do S.A.D. Daí que a organização de convívios e passeios nos pareça ser apenas um meio que quebra esporadicamente a solidão aos clientes; seria de apontar possivelmente para o desenvolvimento de um projecto de actividades que possibilitasse um acompanhamento mais de perto, pelo menos, dos casos mais carenciados.

É claro que estamos cientes que algumas medidas são mais fáceis de implementar que outras, e que a introdução de algumas medidas carece de tempo para planeamento e de recursos (quer humanos quer financeiros). Porém, devemos salientar que os projectos futuros da SCMP, como o da

construção de um Lar, do Centro de Dia e S.A.D, visam resolver alguns desses problemas e outros (o prolongamento do S.A.D aos fins-de-semana), demonstrando a existência de uma consciência social por parte da instituição para com as dificuldades sentidas pela população que serve, na promoção do bem estar e do apoio social.

É nossa ambição ver que esta investigação sirva para outros estudos e que a sua divulgação permita um momento de reflexão, não só aos prestadores de cuidados formais e informais, como também à comunidade, por forma a ter uma percepção mais vasta e menos redutora dos conceitos de envelhecimento, dependência e qualidade.

E, tal como Anthony Giddens disse, “o envelhecimento já deixou de ser uma fatalidade porque «transcende» a mera degradação fisiológica. Diferente da velhice física, a idade da mente progride a outro ritmo (...) é acelerada por aspectos como a falta de auto-estima e de desafios intelectuais.” (in [www.acçãosocialista.net](http://www.acçãosocialista.net) Conferência - Envelhecimento e globalização, consultado a 22-05-2008)

---

## Bibliografia

---

## BIBLIOGRAFIA

- ABRANTES, Maria Clara Escudeiro Santana, *Cuidados e cuidadores – um estudo sobre a interação do idoso dependente com os prestadores de cuidados, em contexto domiciliário*, Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta, Lisboa, 2003.
- ALVES, Isabel da Silva, *Direitos Legais do Idoso em Saúde Comunitária*, Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Católica Portuguesa de Lisboa; 1995.
- ANDER-EGG, Ezequiel; *Metodologias de Acção Social In Estudos e Documentos*, série II, nº2, CPIHTS, Lisboa, 1995.
- ANTÓNIO, Stella Margarida de Oliveira, *A Matrilinearidade das Relações Intergeracionais: A perspectiva dos netos*, Dissertação de Mestrado em Sociologia apresentada no ISCP, Universidade Técnica de Lisboa, 2007.
- BARDIN, L., *Análise de Conteúdo*, Edições 70, Lisboa, 1977.
- BERGER, Louise e POIRIER, Danielle Mailloux, *Pessoas Idosas – Abordagem Global – Processo de Enfermagem por Necessidades*, Lusodidacta, Lisboa, 1995.
- BECK, Hervé, *O Envelhecimento e a Doença*, Servir, 39, Novembro/ Dezembro, 1991
- BECK, Hervé, *Os Cuidados Geriátricos – Seminário*, Servir, 40, Maio/Junho, 1992.
- BIRREN, J. e CUNNINGHAM, W., *Research on the psychology of ageing: Principles, concepts and theory*, in BIRREN, J. e SCHAE, K., *Handbook of the psychology of ageing*, Van Nostrand Reinhold Company, Nova Iorque.
- BRITO, Maria Emília Campos de, *Cuidar da pessoa idosa em casa: uma perspectiva dos prestadores de cuidados formais*, Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta, Lisboa, 2003.
- CABETE, Dulce Gaspar, *A continuidade de cuidados: apresentação de um caso*, in ENFERMAGEM, nº 15, 2ª série:13-16, 1999.
- CALADO, Mariano, *Da Ilha de Peniche*, Peniche, Ed. Autor, 1994.

- CÂMARA MUNICIPAL DE PENICHE, *Diagnóstico Social do Concelho de Peniche – Primeira Aproximação*, 2000.
- CÂMARA MUNICIPAL DE PENICHE, *Diagnóstico Social do Concelho de Peniche*, 2004.
- CARMO, Hermano, *Desenvolvimento Comunitário*, Universidade Aberta, Lisboa, 1999.
- CARMO, Hermano e FERREIRA, Manuela Malheiro, *Metodologia da Investigação – Guia para a Auto-aprendizagem*, Universidade Aberta, Lisboa, 1998.
- COLLIÈRE, Marie Françoise, *Promover a Vida – da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Lisboa, 1989.
- CONCEIÇÃO, Maria Elvira, *Novas respostas no âmbito da acção social: os centros de noite*, in Pretextos, revista nº 17 do Instituto da Segurança Social, Lisboa, 2004.
- CÓNIM, Custódio, *Geografia do Envelhecimento da População Portuguesa Aspectos Sociodemográficos 1970-2021*, Departamento de Prospectiva e Planeamento, Comissão para o Ano Internacional das Pessoas Idosas, Lisboa, 1999.
- CORREIA, J. MARTINS, *Introdução à Gerontologia*, Universidade Aberta, Lisboa, 2003.
- COSTA, Carina Sofia Palma da, *O envelhecimento, a ocupação dos tempos livres e a qualidade de vida*, Relatório de estágio em Política Social, ISCSP, Universidade Técnica de Lisboa, Novembro, 2006.
- DANTAS, Estélio H. M. e OLIVEIRA, Ricardo Jacó de, *Exercício, Maturidade e Qualidade de vida*, Shape Editores, Rio de Janeiro, 2003.
- DIAS, José Eduardo Pita, *A nossa responsabilidade individual e colectiva*, Seminário Internacional do Envelhecimento Humano, Lisboa, 1997.
- DRULHE, Marcel, *Vivre ou Survivre? Les Centres D'Hébergement Pour Personnes Agées*, Editions du C.N.R.S, Paris, 1991.
- FERNANDES, Ana Alexandra, *Velhice e Sociedade*, Edições Celta, 1997.
- FERREIRA, J.M., PEIXOTO, J., *Sociologia*, Editora Mcgraw-hill de Portugal.Lda, Lisboa, 1995.

- FIGUEIREDO, D. e SOUSA, L., *EASYcare: um instrumento de avaliação da qualidade de vida e bem-estar*, revista Geriatria, nº 130, Janeiro, 2001.
- FONTAINE, Roger, *Psicologia do Envelhecimento*, Lisboa, Climepsi Editores, 1999.
- FORTIN, Marie-Fabienne, *O Processo de investigação – Da concepção à realização*, Loures, Lusociência, 1996.
- GARCIA, Luís Miguel Alves, *Dependência em Idosos*, Nursing, 78/79, Julho/Agosto, 1994.
- GIDDENS, Anthony, *Sociologia*, Fundação Calouste Gulbenkian, 1997.
- GIL, A. C., *Como elaborar projectos de pesquisa*, S. Paulo, Atlas, 2ª edição, 1989.
- GHIGLIONE, Rodolphe e MATALON, Benjamin, *O Inquérito – Teoria e Prática*, Edições Celta, 1997.
- GLEITMAN, Henry, *Psicologia*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 4ª Edição, 1997.
- GNESOTTO, Nicole e GREVI, Giovanni, *O Mundo em 2025 – segundo os especialistas da União Europeia* - , Lisboa, Bizâncio, 2008.
- GOFFMAN, Erving, *A Apresentação do Eu na Vida de Todos os Dias*, Petrópolis, Vozes, 1985.
- GOODE, W. e HATT, P. K., *Métodos em pesquisa social*, S. Paulo, Ed. Nacional, 1960.
- HALL, M.R.P., MACLENNAN, N.W.J. e LYE, M.D.W., *Ao Doente Idoso*, Climepsi Editores, Lisboa, 1997.
- HILL, Manuela e Andrew, *Investigação por questionário*, Lisboa, Sílabo, 1994.
- HORTELÃO, António Pedro Santos, *Envelhecimento e qualidade de vida – estudo comparativo de idosos residentes na comunidade e idosos institucionalizados na região de Lisboa*, Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta, Lisboa, 2003.
- INE, Instituto Nacional de Estatística, (1998), *Anuário Estatístico da Região de Lisboa e Vale do Tejo 1997*.
- INE (2000), *Anuário Estatístico da Região de Lisboa e Vale do Tejo 1999*.
- INE (2003), *Anuário Estatístico da Região de Lisboa e Vale do Tejo 2002*.

- INE, Censos 91 – Resultados Definitivos, XIII Recenseamento Geral da População, III Recenseamento Geral da Habitação, Lisboa e Vale do Tejo.
- INE, Estimativas Provisórias da População Residente, aferidas dos Resultados Provisórios dos Censos 2001, ajustados com as Taxas de Cobertura.
- LEMOS, Manuel de (Coor), *Os Idosos Dependentes: o caso das Misericórdias*, União das Misericórdias Portuguesas, Edição Observatório de Idosos e Grandes Dependentes, 2000.
- LUDKE, M., ANDRÉ, M, *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*, S. Paulo, editora Pedagógica e Universitária, 1986.
- MARQUES, Cesarina, II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, in Pretextos, revista nº10, Instituto da Segurança Social, Lisboa, 2002.
- MOREIRA, Carlos Diogo, *Planeamento e Estratégias de Investigação Social*, ISCSP, Lisboa, 1994.
- PAÚL, Maria Constança, *Lá para o Fim da Vida – Idosos, Família e Meio Ambiente*, Livraria Almedina, Coimbra, 1997.
- PAÚL, Maria Constança, *Os idosos no futuro*, in Pretextos, revista nº 20, Instituto da Segurança Social, Lisboa, 2005.
- PERIÓDICO Regionalista, “A Voz do Mar” nº1169 de 8 de Novembro de 2005.
- PEARSON, Alan e VAUGHAN, Barbara, *Modelos para o Exercício de Enfermagem*, Edições ACEPS, Lisboa, 1992.
- PIMENTEL, Angelina e MESQUITA, Angelina, *Serviços de Proximidade*, Edição do Instituto do Emprego e Formação Profissional, Lisboa, 2003.
- PITAUD, Philippe, *Solitude et Isolement des Personnes Âgées*, Toulouse, Éres, 2004.
- QUINTELA, Maria João Campos Lurdes, *Dar saúde aos anos – contributos para a promoção de saúde e qualidade de vida do idoso*, Câmara Municipal de Loures, 1995.
- QUIVY, Raymond, *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Gradiva, 1998.
- REVISTA Saúde Pública, 3, 2003.
- RIBEIRO, Lizete F., *Cuidar e Tratar em Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral*, Educa, Lisboa, 1995.



- ROSA, Maria João Valente, *A Situação Social em Portugal 1960-1999*, Volume II, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, 2000.
- SALVADOR, Francisco Manuel, *Santa Casa da Misericórdia de Peniche – Apontamentos Históricos*, 1986.
- SANTOS, Figueiredo e ENCARNAÇÃO, Fernanda, *Modernidade e Gestão da Velhice*, Edição do Ministério da Solidariedade e Segurança Social e Centro Regional e Segurança Social – Algarve, 1998.
- SILVA, Luísa Ferreira da, *Intervenção Psico-social*, Universidade Aberta, Lisboa, 2001.
- VALA, Jorge, *A Análise de Conteúdo*, In AUGUSTO S. E Pinto, José M. (orgs), *Metodologias das Ciências Sociais*, Porto, Edições Afrontamento, 1986.
- VVAA, *Gestão da Qualidade das respostas Sociais no serviço de Apoio Domiciliário*, Manual de Processo-chave Serviço de Apoio Domiciliário, Volume I, Instituto da Segurança Social, Sociedade de Edições e Impressão Lda, 2005.
- YIN, R. K., *Case study research – design and method*. London: Sage Publications, 2<sup>nd</sup> edition, 1994.

## LEGISLAÇÃO

- Ministério do Emprego e da Segurança Social Decreto-Lei n.º 141/89. D.R. n.º 98, Série I de 1989-04-28.
- Ministério da Solidariedade e Segurança Social, Decreto-Lei n.º 133-A/97. D.R. n.º 124, Série I-A, Suplemento de 1997-05-30.
- Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, Despacho Conjunto nº 407/98, Diário da República, II Série, 1998-05-15.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade, Despacho Normativo n.º 12/98.D.R. n.º 47, Série I-B de 1998-02-25.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade, Portaria n.º 250/99. D.R. n.º 82, Série I-B de 1999-04-08.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade, Despacho Normativo n.º 62/99. D.R. n.º 264, Série I-B de 1999-11-12.
- Ministério da Saúde, Decreto-Lei nº 281/2003. D.R. nº259, Série I-A de 2003-11-08.

### **CD-ROM's**

INE, Censos 2001 – Recenseamentos Gerais da População e da Habitação – Dados Comparativos 1991 – 2001, CD-ROM.

INE, O País em Números – Informação Estatística 1991 – 2001, CD-ROM.

### **SITES**

[www.acçaosocialista.net](http://www.acçaosocialista.net), consultado em 22-05-2008;

[www.cm-peniche.pt](http://www.cm-peniche.pt), consultado em 20-05-2008;

[www.diariodigital.sapo.pt](http://www.diariodigital.sapo.pt), consultado em 26-08-2008;

[www.europa.eu.int](http://www.europa.eu.int), consultado em 04-03-2008;

[www.ine.pt](http://www.ine.pt), consultado em 27-05-2008;

[www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt), consultado em 07-09-2006;

[www.scielo.org](http://www.scielo.org), consultado em 13-11-2007;

[www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt), consultado em 25-12-2007;

[www.shvoong.pt](http://www.shvoong.pt), consultado em 21-03-2008;

---

# ANEXOS

---

---

# ANEXO I

---

---

**Ficha de Recolha de Dados - Caracterização individual e familiar dos clientes do S.A.D da Santa Casa da Misericórdia de Peniche**

Nr.: \_\_\_\_\_

**Caracterização do cliente:**1. **Sexo:** Masculino ☐ Feminino ☐2. **Idade:** 35-39 anos ☐ 40-44 anos ☐ 45-49 anos ☐ 50-54 anos ☐ 55-59 anos ☐60-64 anos ☐ 65-69 anos ☐ 70-74 anos ☐ 75-79 anos ☐ 80-84 anos ☐85 e mais anos ☐3. **Naturalidade:** \_\_\_\_\_4. **Freguesia de residência:** Ajuda ☐ Conceição ☐ São Pedro ☐ Ferrel ☐5. **Estado Civil:**Solteiro ☐Casado ☐União de facto ☐Viúvo ☐Divorciado / Separado ☐6. **Agregado familiar:**Pessoa só ☐Pessoa só com filhos ☐Casal ☐Casal com filhos ☐Casal com filhos e outros parentes ☐Casal e outros parentes ☐Casal com outras pessoas, qual \_\_\_\_\_ ☐Sem informação ☐7. **Grau de dependência global do utente:**Autónomo, não necessita de apoio ☐Necessita de pequenos apoios na vida quotidiana e no apoio à mobilidade ☐Necessita de apoio na higiene pessoal, tarefas de vida quotidiana e na mobilidade ☐Totalmente dependente para a satisfação das necessidades básicas ☐Sem informação ☐8. **Portador de deficiência:** Sim ☐ Não ☐

Se sim, qual:

Visual ☐Motora ☐Auditiva ☐

Outra, qual \_\_\_\_\_

Sem informação ☐9. **Condições habitacionais:**

Tipologia da habitação:

Casa ☐T1 ☐T2 ☐T3 ☐T4 ☐T5 e mais ☐Parte de casa / anexo ☐Casa pré-fabricada ☐

Quarto alugado ☐  
Barraca / casa abarracada ☐  
Alojamento móvel ☐  
Sem habitação ☐  
Desconhecida ☐  
Sem informação ☐

Divisões:

Cozinha	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
WC	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Sala	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

Propriedade: (do utente)

Própria ☐  
Arrendada ☐  
Outra \_\_\_\_\_  
Sem informação ☐

**10. Nível de instrução:**

Não sabe ler nem escrever ☐  
Sabe ler e escrever (sem grau de instrução formal) ☐  
Ensino primário ☐  
Ensino preparatório ☐  
Ensino secundário ☐  
Ensino Técnico profissional ☐  
Curso superior ☐  
Outro, qual \_\_\_\_\_  
Sem informação ☐

**11. Situação Económica:**

Rendimentos:

Reforma ☐  
Pensão de sobrevivência ☐  
Complemento por dependência ☐  
Outro, qual \_\_\_\_\_  
Sem fonte de rendimento ☐  
Sem informação ☐

Rendimento "per capita" do agregado familiar: \_\_\_\_\_

**12. Identificação de quem solicitou o SAD:**

O próprio utente ☐  
Cônjuge ☐  
Filho(a) ☐  
Sobrinho(a) ☐  
Neto(a) ☐  
Outros \_\_\_\_\_  
Sem informação ☐

**13. Identificar quem se deve contactar em caso de necessidade urgente:**

Cônjuge ☐  
Filho(a) ☐  
Sobrinho(a) ☐  
Neto(a) ☐  
Outros \_\_\_\_\_  
Sem informação ☐

---

**14. Valências do apoio domiciliário que usufrui:**

- |   |                          |                                   |
|---|--------------------------|-----------------------------------|
| Almoço                                  |                          | <input type="checkbox"/>          |
| Auxílio durante a refeição              |                          | <input type="checkbox"/>          |
| Tratamento de roupa                     |                          | <input type="checkbox"/>          |
| Cuidados de higiene e conforto pessoal: |                          |                                   |
| Uma vez por semana                      |                          | <input type="checkbox"/>          |
| Uma vez por dia: de manhã               | <input type="checkbox"/> | de tarde <input type="checkbox"/> |
| Duas vezes por dia                      |                          | <input type="checkbox"/>          |
| Outro _____                             |                          |                                   |
| Limpeza e arrumação do quarto           | <input type="checkbox"/> |                                   |
| Realização de serviços externos         |                          | <input type="checkbox"/>          |
| Outro _____                             |                          |                                   |

Observações \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

# ANEXO II

---



**Inquérito por entrevista aos clientes do S.A.D da Santa Casa da Misericórdia de Peniche**

Nr.: \_\_\_\_\_

**Qualidade de vida - Aplicação do EASYcare 2001**

**1. Vê bem? (se usar óculos, com eles colocados)**

- sim ..... ☐ 0  
com dificuldade ..... ☐ 1  
não consegue ver nada ..... ☐ 3

Comentários:

**2. Ouve bem? (se usar "aparelho" auditivo, com ele colocado)**

- sim ..... ☐ 0  
com dificuldade ..... ☐ 1  
não consegue ouvir nada ..... ☐ 3

Comentários:

**3. Tem dificuldade em mastigar a comida? (se usar dentadura, com ela colocada)**

- sem dificuldade ..... ☐ 0  
alguma dificuldade ..... ☐ 1  
incapaz de mastigar ..... ☐ 3

Comentários:

**4. Sente que as pessoas têm dificuldade em compreendê-lo(a), devido a problemas que possa ter com a fala/linguagem?**

- sem dificuldade ..... ☐ 0  
dificuldade com algumas pessoas ..... ☐ 1  
dificuldade considerável com toda a gente ..... ☐ 3

Comentários:

**PONTUAÇÃO de incapacidade física (questões 1 a 4) \_\_\_\_\_ (máximo 12)**

**5. Considera que a sua saúde é:**

- excelente ..... ☐ 1  
muito boa ..... ☐ 2  
boa ..... ☐ 3  
razoável ..... ☐ 4  
fraca ..... ☐ 5

Comentários:

**6. Sente-se sozinho?**

- nunca ..... ☐ 1  
raramente ..... ☐ 2  
algumas vezes ..... ☐ 3  
frequentemente ..... ☐ 4  
sempre ..... ☐ 5

Comentários:

**7. Em geral, diria que a sua habitação é**

- excelente ..... ☐ 1  
muito boa ..... ☐ 2  
boa ..... ☐ 3  
razoável ..... ☐ 4  
fraca ..... ☐ 5

Comentários:

**PONTUAÇÃO da qualidade de vida percebida pelo sujeito (questões 5 a 7) \_\_\_\_\_ (máximo 15)**

**8. Consegue fazer o seu trabalho doméstico?**

- sem ajuda (limpar o chão, etc.) . . . . . ☐ 0
- com alguma ajuda (consegue fazer os trabalhos domésticos leves mas precisa de ajuda nos trabalhos pesados) . . . . . ☐ 1
- completamente incapaz de fazer qualquer trabalho doméstico. . . . . ☐ 3

*Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?*

- ☐ Cônjuge ou companheiro(a)
- ☐ membro da família
- ☐ amigo ou vizinho
- ☐ ajuda privada (ex: empregada)
- ☐ ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- ☐ outra
- ☐ ajuda não disponível

*Comentários:*

**9. Consegue preparar as suas próprias refeições?**

- sem ajuda (decide e cozinha refeições completas para si próprio/a) . . . . . ☐ 0
- com alguma ajuda (consegue preparar algumas coisas mas é incapaz de ele(a) próprio(a) cozinhar refeições completas) . . . . . ☐ 2
- completamente incapaz de preparar as refeições . ☐ 5

*Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?*

- ☐ Cônjuge ou companheiro(a)
- ☐ membro da família
- ☐ amigo ou vizinho
- ☐ ajuda privada (ex: empregada)
- ☐ ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- ☐ outra
- ☐ ajuda não disponível

*Comentários:*

**10. Consegue ir às compras?**

- sem ajuda (tomando por si próprio/a conta das suas compras) . . . . . ☐ 0
- com alguma ajuda (precisa de alguém para ir consigo para todas as compras) . . . . . ☐ 2
- completamente incapaz de fazer qualquer compra . . . . . ☐ 4

*Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?*

- ☐ Cônjuge ou companheiro(a)
- ☐ membro da família
- ☐ amigo ou vizinho
- ☐ ajuda privada (ex: empregada)
- ☐ ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- ☐ outra
- ☐ ajuda não disponível

*Comentários:*

**11. Consegue administrar o seu próprio dinheiro? (ex. pagar contas, contar dinheiro, etc.)**

- sem ajuda (passar cheques, pagar contas, etc.) . ☐ 0
- com alguma ajuda . . . . . ☐ 2
- ou é completamente incapaz de administrar o seu dinheiro . . . . . ☐ 4

*Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?*

- ☐ Cônjuge ou companheiro(a)
- ☐ membro da família
- ☐ amigo ou vizinho
- ☐ ajuda privada (ex: empregada)
- ☐ ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- ☐ outra
- ☐ ajuda não disponível

*Comentários:*

**12. Consegue usar o telefone?**

- Sem ajuda, incluindo procurar os números e discar . . . . . ☐ 0
- com alguma ajuda . . . . . ☐ 1
- completamente incapaz de usar o telefone . . . ☐ 3

*Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?*

- ☐ Cônjuge ou companheiro(a)
- ☐ membro da família
- ☐ amigo ou vizinho
- ☐ ajuda privada (ex: empregada)
- ☐ ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- ☐ outra
- ☐ ajuda não disponível

*Comentários:*

**13. Consegue tomar os seus medicamentos?**

- sem ajuda (nas doses certas e às horas indicadas) . . . . . ☐ 0
- com alguma ajuda (capaz de tomar alguns medicamentos se alguém os preparar para si e/ou o(a) lembrar de os tomar) . . . . . ☐ 2
- completamente incapaz de tomar os seus medicamentos . . . . . ☐ 4

*Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?*

- ☐ Cônjuge ou companheiro(a)
- ☐ membro da família
- ☐ amigo ou vizinho
- ☐ ajuda privada (ex: empregada)
- ☐ ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- ☐ outra
- ☐ ajuda não disponível

*Comentários:*

**PONTUAÇÃO da área FUNCIONAL (questões 8 a 13) \_\_\_\_\_ (máximo 23)**

**14. Consegue sair de casa e caminhar na rua?**

- sem ajuda ..... ☐ 0  
com alguma ajuda ..... ☐ 4  
completamente incapaz de andar fora da  
sua casa ..... ☐ 6

Comentários:

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- ☐ Cônjuge ou companheiro(a)  
☐ membro da família  
☐ amigo ou vizinho  
☐ ajuda privada (ex: empregada)  
☐ ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)  
☐ outra  
☐ ajuda não disponível

**15. Consegue movimentar-se dentro de casa?**

- sem ajuda ..... ☐ 0  
numa cadeira de rodas sem ajuda ..... ☐ 4  
com alguma ajuda ..... ☐ 6  
acamado ..... ☐ 9

Comentários:

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- ☐ Cônjuge ou companheiro(a)  
☐ membro da família  
☐ amigo ou vizinho  
☐ ajuda privada (ex: empregada)  
☐ ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)  
☐ outra  
☐ ajuda não disponível

**16. Consegue subir e descer escadas?**

- sem ajuda (e sem qualquer apoio –  
ex: corrimão, pegas) ..... ☐ 0  
com alguma ajuda ..... ☐ 2  
incapaz de subir ou descer escadas ..... ☐ 5

Comentários:

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- ☐ Cônjuge ou companheiro(a)  
☐ membro da família  
☐ amigo ou vizinho  
☐ ajuda privada (ex: empregada)  
☐ ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)  
☐ outra  
☐ ajuda não disponível

**17. Consegue deslocar-se da cama para a cadeira,  
se estiverem próximas uma da outra?**

- sem ajuda ..... ☐ 0  
com alguma ajuda ..... ☐ 5  
completamente incapaz de se deslocar da  
cama para a cadeira ..... ☐ 7

Comentários:

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- ☐ Cônjuge ou companheiro(a)  
☐ membro da família  
☐ amigo ou vizinho  
☐ ajuda privada (ex: empregada)  
☐ ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)  
☐ outra  
☐ ajuda não disponível

**18. Consegue utilizar a sanita (ou a cadeira-  
sanitária)?**

- sem ajuda (chegar à sanita ou cadeira-sanitária,  
despir o necessário, lavar-se e ir embora) ..... ☐ 0  
com alguma ajuda (consegue fazer algumas  
coisas incluindo limpar-se) ..... ☐ 5  
completamente incapaz de usar a sanita ou a  
cadeira-sanitária ..... ☐ 8

Comentários:

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- ☐ Cônjuge ou companheiro(a)  
☐ membro da família  
☐ amigo ou vizinho  
☐ ajuda privada (ex: empregada)  
☐ ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)  
☐ outra  
☐ ajuda não disponível

**19. Consegue usar a banheira ou o  
chuveiro/polivan?**

- sem ajuda ..... ☐ 0  
necessita de alguma ajuda para utilizar  
a banheira ou o chuveiro ..... ☐ 6

Comentários:

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- ☐ Cônjuge ou companheiro(a)  
☐ membro da família  
☐ amigo ou vizinho  
☐ ajuda privada (ex: empregada)  
☐ ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)  
☐ outra  
☐ ajuda não disponível

**PONTUAÇÃO da MOBILIDADE (questões 14 a 19) \_\_\_\_\_ (máximo 41)**

**20. Consegue cuidar da sua aparência pessoal?** (ex. pentear o cabelo, barbear-se, maquilhar-se, etc.)

sem ajuda ..... ☐ 0  
com ajuda ..... ☐ 5

Comentários:

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- ☐ Cônjuge ou companheiro(a)  
☐ membro da família  
☐ amigo ou vizinho  
☐ ajuda privada (ex: empregada)  
☐ ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)  
☐ outra  
☐ ajuda não disponível

**21. Consegue vestir-se?**

sem ajuda (incluindo apertar botões, puxar os fechos, apertar os atacadores, etc.) ..... ☐ 0  
com alguma ajuda (consegue fazer algumas coisas sem ajuda) ..... ☐ 3  
completamente incapaz de se vestir ..... ☐ 6

Comentários:

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- ☐ Cônjuge ou companheiro(a)  
☐ membro da família  
☐ amigo ou vizinho  
☐ ajuda privada (ex: empregada)  
☐ ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)  
☐ outra  
☐ ajuda não disponível

**22. Consegue alimentar-se?**

sem ajuda ..... ☐ 0  
com alguma ajuda (cortar os alimentos, espalhar a manteiga, etc.) ..... ☐ 5  
completamente incapaz de alimentar-se ..... ☐ 8

Comentários:

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- ☐ Cônjuge ou companheiro(a)  
☐ membro da família  
☐ amigo ou vizinho  
☐ ajuda privada (ex: empregada)  
☐ ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)  
☐ outra  
☐ ajuda não disponível

**PONTUAÇÃO das actividades de CUIDADOS PESSOAIS (questões 20 a 22) \_\_\_\_\_ (máximo 19)**

**23. Tem acidentes/descuidos com a sua bexiga?** (incontinência urinária)

sem problemas ..... ☐ 0  
sim, problemas ocasionais (menos de uma vez por dia) ..... ☐ 6  
tem problemas frequentes (uma ou mais vezes por dia) ou necessita de algália ..... ☐ 8

Comentários:

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- ☐ Cônjuge ou companheiro(a)  
☐ membro da família  
☐ amigo ou vizinho  
☐ ajuda privada (ex: empregada)  
☐ ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)  
☐ outra  
☐ ajuda não disponível

**24. Tem acidentes/descuidos com os seus intestinos?** (incontinência fecal)

sem problemas ..... ☐ 0  
sim, problemas ocasionais (menos de uma vez por semana) ..... ☐ 6  
tem frequentemente problemas ..... ☐ 9

Comentários:

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- ☐ Cônjuge ou companheiro(a)  
☐ membro da família  
☐ amigo ou vizinho  
☐ ajuda privada (ex: empregada)  
☐ ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)  
☐ outra  
☐ ajuda não disponível

**PONTUAÇÃO do CONTROLO ESFINCTERIANO (questões 23 a 24) \_\_\_\_\_ (máximo 17)**

**PONTUAÇÃO de INCAPACIDADE (questões 8 a 24) \_\_\_\_\_ (máximo 100)**

## Escala Geriátrica de Depressão (4 itens)

---

25. Sente-se, em geral, satisfeito com a sua vida? ..... ☐ Sim ☐ NÃO
26. Sente que a sua vida é vazia? ..... ☐ SIM ☐ Não
27. Tem medo de que alguma coisa má lhe vá acontecer? ..... ☐ SIM ☐ Não
28. Sente-se feliz durante a maior parte do tempo? ..... ☐ Sim ☐ NÃO

Atribua 1 ponto a cada sintoma de depressão.

Uma pontuação total de 1 ponto ou mais indica a possibilidade de estarmos perante uma depressão e a pessoa deve ser avaliada em maior detalhe.

**PONTUAÇÃO de DEPRESSÃO** (questões 25 a 28) \_\_\_\_\_ (máximo 4)

---

### Rede de apoio e sociabilidade

1. Tem contactos com a sua família:

- |                            |                          |
|----------------------------|--------------------------|
| Todos os dias              | <input type="checkbox"/> |
| Mais de uma vez por semana | <input type="checkbox"/> |
| Uma vez por semana         | <input type="checkbox"/> |
| De 15 em 15 dias           | <input type="checkbox"/> |
| Uma vez por mês            | <input type="checkbox"/> |
| Raramente                  | <input type="checkbox"/> |
| Nunca                      | <input type="checkbox"/> |

2. Costuma relativamente à sua família, amigos ou outras pessoas:

- |                     |                          |
|---------------------|--------------------------|
| Fazer visitas       | <input type="checkbox"/> |
| Receber visitas     | <input type="checkbox"/> |
| Fazer telefonemas   | <input type="checkbox"/> |
| Receber telefonemas | <input type="checkbox"/> |
| Outra, qual _____   |                          |

3. Considera estar vezes suficientes com a família e amigos?

Sim ☐ Não ☐

3.1 Porquê? \_\_\_\_\_

---

---

---

4. Com quem costuma mais contactar no seu dia-a-dia?

---

---

---

---

### Caracterização das atitudes perante o S.A.D – Práticas & Opiniões:

5. Já usufrui serviço de apoio de domiciliário por parte de outra instituição?

Sim ☐ Não ☐

6. Tem algum familiar ou pessoa próxima também a usufruir SAD, nesta mesma instituição?

Sim ☐ Não ☐

---

**6.1** Se sim, quem:

Cônjuge	<input type="checkbox"/>	Filho(a)	<input type="checkbox"/>
Neto(a)	<input type="checkbox"/>	Irmão (a)	<input type="checkbox"/>
Sobrinho (a)	<input type="checkbox"/>		
Outros, qual	_____		

**7.** Qual foi a principal razão porque solicitou este serviço? (assinalar apenas uma resposta)

Por insuficiência económica	<input type="checkbox"/>
Por incapacidade funcional	<input type="checkbox"/>
Por estar sozinho	<input type="checkbox"/>
Porque está em lista de espera para um lar	<input type="checkbox"/>
Porque não tem mais ninguém a quem recorrer	<input type="checkbox"/>
Outra razão, qual	_____

**8.** Antes de ter o apoio domiciliário como fazia?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**9.** Que valências do apoio domiciliário usufrui:

Almoço	<input type="checkbox"/>
Auxílio durante a refeição	<input type="checkbox"/>
Tratamento de roupa	<input type="checkbox"/>
Cuidados de higiene e conforto pessoal:	
Uma vez por semana	<input type="checkbox"/>
Uma vez por dia:      de manhã <input type="checkbox"/> de tarde	<input type="checkbox"/>
Duas vezes por dia	<input type="checkbox"/>
Outro _____	
Limpeza e arrumação do quarto	<input type="checkbox"/>
Realização de serviços externos	<input type="checkbox"/>
Outro _____	

---

**10.** Se usufrui da valência de cuidados e higiene pessoal, este é realizado: (apenas assinalar uma resposta)

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| As vezes que gostaria e com cuidados             | <input type="checkbox"/> |
| As vezes que gostaria, mas sem cuidado           | <input type="checkbox"/> |
| Nem tantas vezes como gostaria, mas com cuidados | <input type="checkbox"/> |
| Nem tantas vezes como gostaria e sem cuidados    | <input type="checkbox"/> |
| Não usufrui                                      | <input type="checkbox"/> |

**11.** Se usufrui do serviço de apoio no tratamento de roupa, esta é: (apenas assinalar uma resposta)

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Sempre bem lavada e passada            | <input type="checkbox"/> |
| Uma vez por outra mal lavada e passada | <input type="checkbox"/> |
| Sempre mal lavada e passada            | <input type="checkbox"/> |
| Não usufrui                            | <input type="checkbox"/> |

**12.** Se usufrui de fornecimento de refeição, esta é:

**12.1** Quanto à confecção:

- |                               |                          |
|-------------------------------|--------------------------|
| Bem confeccionada             | <input type="checkbox"/> |
| Por vezes é bem confeccionada | <input type="checkbox"/> |
| Mal confeccionada             | <input type="checkbox"/> |
| Não usufrui                   | <input type="checkbox"/> |

**12.2** Quanto à quantidade:

- |                         |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| Bem servida             | <input type="checkbox"/> |
| Por vezes é bem servida | <input type="checkbox"/> |
| Mal servida             | <input type="checkbox"/> |
| Não usufrui             | <input type="checkbox"/> |

**12.3** Quanto à ementa:

- |               |                          |
|---------------|--------------------------|
| Variada       | <input type="checkbox"/> |
| Pouco variada | <input type="checkbox"/> |
| Nunca varia   | <input type="checkbox"/> |
| Não usufrui   | <input type="checkbox"/> |

**12.4** Quanto às dietas/gostos:

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Respeitam os meus gostos/ dieta           | <input type="checkbox"/> |
| Por vezes respeitam os meus gostos /dieta | <input type="checkbox"/> |
| Não respeitam os meus gostos / dieta      | <input type="checkbox"/> |
| Não usufrui                               | <input type="checkbox"/> |
-



**13.** Quanto à acção das ajudantes familiares, elas são:

- |                             |                          |
|-----------------------------|--------------------------|
| Muito simpáticas            | <input type="checkbox"/> |
| Pouco simpáticas            | <input type="checkbox"/> |
| Nada simpáticas             | <input type="checkbox"/> |
| Muito atentas aos problemas | <input type="checkbox"/> |
| Pouco atentas aos problemas | <input type="checkbox"/> |
| Nada atentas aos problemas  | <input type="checkbox"/> |

**13.1** Porquê?

---

---

---

**14.** Considera as ajudantes familiares: (assinalar apenas uma resposta)

- |                  |                          |                   |                          |
|------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| Um(a)s intrusas  | <input type="checkbox"/> | Um(a)s amigas     | <input type="checkbox"/> |
| Um(a)s estranhas | <input type="checkbox"/> | A única companhia | <input type="checkbox"/> |

**15.** Está satisfeito com o apoio que lhe é prestado: (apenas assinalar uma resposta)

- |       |                          |               |                          |
|-------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| Muito | <input type="checkbox"/> | Razoavelmente | <input type="checkbox"/> |
| Pouco | <input type="checkbox"/> | Nada          | <input type="checkbox"/> |

**15.1** Qual a principal razão da sua satisfação ou insatisfação? (assinalar apenas uma resposta)

- |                           |                          |
|---------------------------|--------------------------|
| Qualidade dos serviços    | <input type="checkbox"/> |
| Qualidade do pessoal      | <input type="checkbox"/> |
| Pela companhia            | <input type="checkbox"/> |
| Horários de funcionamento | <input type="checkbox"/> |
| Outra razão, qual         | <input type="text"/>     |

**16.** Tem alguma sugestão/ recomendação a fazer sobre o modo de funcionamento ou do tipo de apoio que este serviço lhe presta?      Sim    ☐                      Não    ☐

**16.1** Se sim, que sugestão / recomendação tem para o S.A.D?

---

---

---

---

---

Muito obrigado pela sua colaboração

---

---

# ANEXO III

---

**Inquérito por entrevista às ajudantes familiares do S.A.D da**

**Santa Casa da Misericórdia de Peniche**

Nr. \_\_\_\_\_

1. Idade: \_\_\_\_\_

2. Estado Civil: Solteira ☐ Casada ☐ Divorciada ☐ Viúva ☐

3. Habilitações literárias:

- 4ª classe ☐  
Escaridade obrigatória (9º anos) ☐  
Escaridade obrigatória (incompleta) ☐  
Secundário completo ☐  
Secundário incompleto ☐  
Curso superior, qual \_\_\_\_\_

4. Tem familiares idosos? Sim ☐ Não ☐

5. Tem curso de ajudante familiar? Sim ☐ Não ☐ Está a tirar ☐

5.1 Se está a tirar/ tirou o curso é:

- Santa Casa da Misericórdia de Peniche ☐  
Por outra instituição, qual \_\_\_\_\_

5.2. Se não, gostaria de tirar? Sim ☐ Não ☐

E porquê \_\_\_\_\_

6. Qual foi a motivação que a levou à escolha deste trabalho:

- Precisava de um salário ☐  
Estava em situação de desemprego ☐  
Sempre quis trabalhar com idosos ☐  
Outro motivo, qual \_\_\_\_\_

7. Qual é a parte do trabalho que mais gosta?

---

---

---

---

**8. Dificuldades que se apresentam como ajudante familiar?**

- A aquisição da confiança do utente ☐
- O ajustar o serviço aos hábitos do utente ☐
- O grande número de idosos ☐
- A própria situação precariedade em que se encontram os idosos ☐
- A falta de equipamentos e técnicas que facilitam a prestação dos serviços ☐
- A falta de informação/formação adequada à prestação dos serviços ☐
- O stress físico e psíquico ☐
- Outras, quais \_\_\_\_\_

**9. Considera o S.A.D um serviço que preenche todas as necessidades dos utentes que serve?**

Sim ☐

Não ☐

**9.1 Se não, quais dos seguintes tipo de necessidades, que o SAD não consegue satisfazer:**

- Fisiológicas (comer, dormir) ☐
- De presença (integração e participação familiar) ☐
- De auto-estima ☐
- De realização pessoal (potenciação das capacidades e aspirações) ☐
- Outro, qual \_\_\_\_\_

**10. Considera que a qualidade de vida dos utentes melhorou com o S.A.D?**

Sim ☐

Não ☐

**10.1 Se sim, em que medida é testemunha dessa melhoria?**

---

---

---

---

---

**11.O que pensa ser necessário fazer mais para melhorar a qualidade de vida dos clientes:**

**11.1 Ao nível do S.A.D:**

- Prolongar o serviço 24H/dia ☐
  - Inclusive fins-de-semana ☐
  - Mais ajudantes familiares ☐
  - Iniciar um projecto de combate ao isolamento e solidão ☐
  - Mais recursos materiais ☐
  - Outra situação qual \_\_\_\_\_
-

**11.2** Ao nível da comunidade:

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Gratuidade de certos serviços ao domicílio para os que mais precisam | <input type="checkbox"/> |
| Apoio financeiro   | <input type="checkbox"/> |
| Manter activos os idosos   | <input type="checkbox"/> |
| Maior capacidade institucional                                       | <input type="checkbox"/> |
| Outra situação, qual _____   |                          |

**12.** Para si, qual é o papel dos idosos, enquanto elemento da comunidade?

---

---

---

---

---

---

Observações \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Muito obrigado pela sua colaboração

---

---

# ANEXO IV

---

### **Guião de entrevista semi-estruturada ao responsável pelo S.A.D**

Definir objectivo: Compreender a dinâmica do serviço de apoio domiciliário e a sua importância;

Construção do guião:

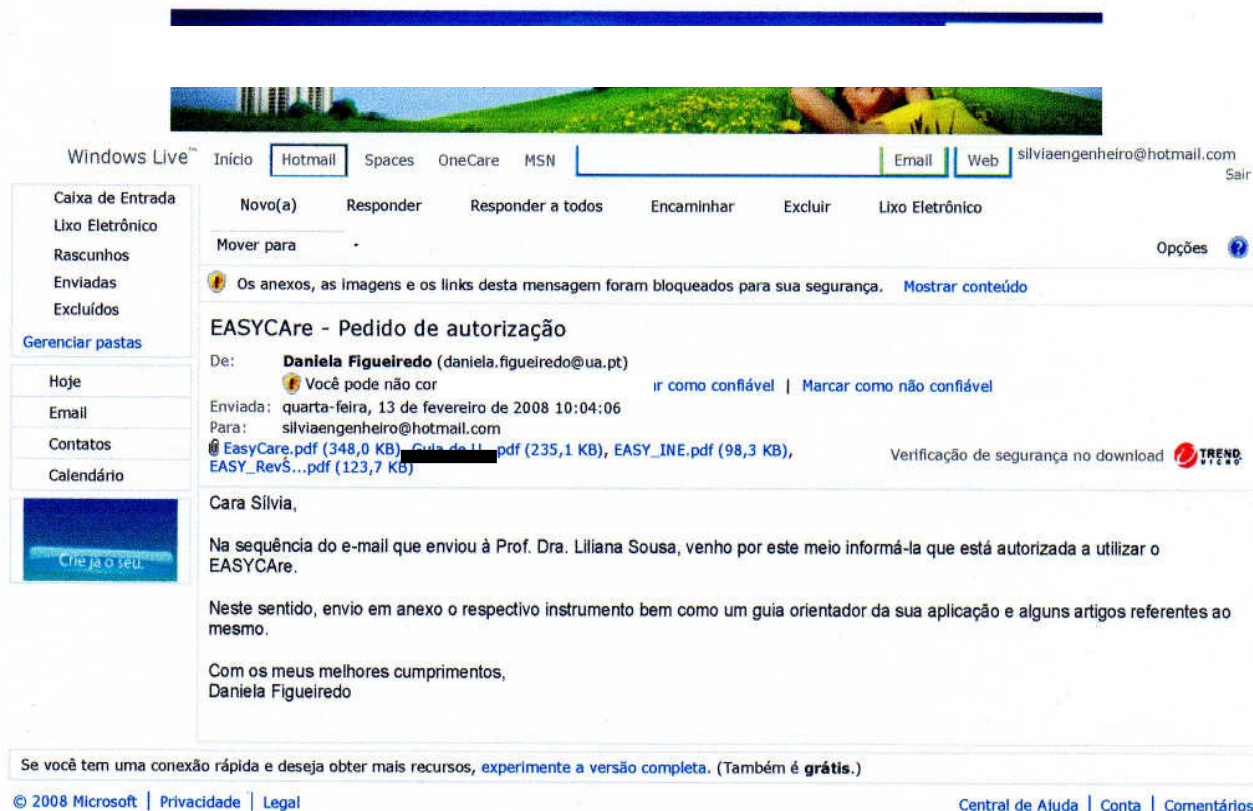
- Função exercida;
  - Tempo de experiência na Santa Casa da Misericórdia de Peniche;
  - Descrição do S.A.D:
    - Origem
    - Objectivos (valências)
    - Recursos financeiros
    - Recursos humanos (selecção, formação das ajudantes familiares)
    - Funcionamento (espacial, temporal)
    - Características dos clientes
    - Articulação com as outras instituições (quais e a que nível)
  - Principais problemas com que os clientes do S.A.D se confrontam;  
(financeiros, saúde, solidão, insegurança, precariedade da habitação, entre outros)
  - Obstáculos que o S.A.D enfrente:
    - Recursos financeiros/ humanos
    - Insuficiência/ inadequação das instalações ou equipamentos
    - Falta de colaboração interinstitucional
    - Dificuldade de acesso a informação
  - Em que medida o S.A.D contribui para a melhoria da qualidade de vida dos seus utentes;
  - Projectos futuros:
    - Quanto ao número de idosos que serve
    - Horários de funcionamento
-

---

# ANEXO V

---





The screenshot displays the Windows Live Hotmail web interface. At the top, a navigation bar includes 'Início', 'Hotmail', 'Spaces', 'OneCare', and 'MSN'. On the right, there are links for 'Email' and 'Web', and a user profile for 'silviaengenheiro@hotmail.com'. A left-hand sidebar contains a 'Gerenciar pastas' (Manage folders) section with options like 'Caixa de Entrada', 'Lixo Eletrônico', 'Rascunhos', 'Enviadas', and 'Excluídos'. The main content area shows an email titled 'EASYCare - Pedido de autorização' from 'Daniela Figueiredo'. The email body contains a message in Portuguese regarding authorization for EASYCare, mentioning a sequence of documents and a guide. At the bottom of the page, there is a footer with copyright information for 2008 Microsoft and links to 'Privacidade' and 'Legal'.

Windows Live™ Início Hotmail Spaces OneCare MSN Email Web silviaengenheiro@hotmail.com Sair

Novo(a) Responder Responder a todos Encaminhar Excluir Lixo Eletrônico

Mover para -

Opções ?

Os anexos, as imagens e os links desta mensagem foram bloqueados para sua segurança. [Mostrar conteúdo](#)


**EASYCare - Pedido de autorização**

De: **Daniela Figueiredo** (daniela.figueiredo@ua.pt)  
Você pode não cor [ir como confiável](#) | [Marcar como não confiável](#)

Enviada: quarta-feira, 13 de fevereiro de 2008 10:04:06

Para: silviaengenheiro@hotmail.com

EasyCare.pdf (348,0 KB), Guia de U...pdf (235,1 KB), EASY\_INE.pdf (98,3 KB), EASY\_RevS...pdf (123,7 KB)

Verificação de segurança no download 

Cara Sílvia,

Na sequência do e-mail que enviou à Prof. Dra. Liliana Sousa, venho por este meio informá-la que está autorizada a utilizar o EASYCare.

Neste sentido, envio em anexo o respectivo instrumento bem como um guia orientador da sua aplicação e alguns artigos referentes ao mesmo.

Com os meus melhores cumprimentos,  
Daniela Figueiredo

Se você tem uma conexão rápida e deseja obter mais recursos, [experimente a versão completa](#). (Também é **grátis**.)

© 2008 Microsoft | [Privacidade](#) | [Legal](#) [Central de Ajuda](#) | [Conta](#) | [Comentários](#)